Nr. 4. 27. stycznia 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

JANIK Alfred. Lwów.

W sprawie sączkowania jamy brzusznej po zabiegach na drogach żółciowych.

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm

Szeroka dyskusja, jaka toczy się w ostatnich latach na temat sączkowania jamy brzusznej, ma wielkie znaczenie dla chirurgji, dążącej wielkimi krokami do takiego ujęcia techniki operacyjnej i wskazań do zabiegu, by móc zamykać jamę brzuszną bez sączkowania, na głucho.

I w wielu zabiegach jamy brzusznej udało się już to przeprowadzić, ograniczając sączkowanie do minimum. Nawet przy ropnem zapaleniu wyrostka robaczkowego sączkuje się dzisiaj znacznie rzadziej, niż dajmy na to przed 20-tu laty. Jest to niewątpliwie wielki postęp, tembardziej, że i śmiertelność mimo zaniechania sączkowania w dawnych granicach, uległa znacznemu obniżeniu.

Ostatnio toczy się specjalnie gorąca dyskusja w sprawie sączkowania po wycięciu pęcherzyka żółciowego. Myśl ta zresztą była już niejednokrotnie dawniej propagowana przez poszczególnych chirurgów. Zwolenników tego sposobu postępowania jest dzisiaj nie mało. Niektórzy z nich (P r i b r a m) mogą się nawet poszczycić wcale dobremi wynikami, dysponując dużym materjałem operacyjnym (ponad 200 przypadków).

Gorączkowa wzajemna krytyka zwolenników i przeciwników sączkowania po wycięciu pęcherzyka żółciowego ma często nieuzasadnione podstawy. Za wiele może zaufania wkładają poszczególni autorowie w sposób przez siebie używany a za mało krytycznej oceny warunków, jakie należy wziąć pod uwagę, przystępując do rozwiązania tak ważnego problemu.

Jedni używając tegoż sączkowania od wielu lat — stosują je bez wyjątku w każdym przypadku, uważając, że nawet po najidealniejszem usunięciu pęcherzyka, może nastąpić żółciotok z następowemi powikłaniami, — inni natomiast, uzyskawszy pomyślne wyniki bez sączkowania, stosują ten sposób nawet w ciężkich przypadkach ropnego zapalenia głębokich dróg żółciowych (R i t t e r) co więcej nawet wśród objawów ostrego zapalenia otrzewny (H a b e r e r).

Jestto szkodliwy i przemijający entuzjazm, oparty na chwilowo dobrych wynikach, który wcześniej czy później ustąpi miejsca *rozsądnemu indywidualizowaniu przypadków*.

Zanim przystąpimy do omawiania warunków, jakie musimy mieć na względzie przy rozstrzyganiu *za* względnie *przeciw* sączkowaniu — powiedzmy otwarcie, że w *dobie obecnej* żaden narząd jamy brzusznej nie wymaga tak skrupulatnego sączkowania jak drogi żółciowe. W czem leży możliwość usunięcia tegoż, czy w technice operacyjnej, czy ujęciu wskazań, czy w czem innem, trudno na razie powiedzieć.

Materjał Kliniki S c h r a m m a jest dość różnorodny i wcale obfity. W ostatnich 7-miu latach wykonano 191 zabiegów na drogach żółciowych, w tem 180 samego wycięcia pęcherzyka żółciowego.

Niestety — dokładna obserwacja naszych przypadków nie nastraja nas tak optymistycznie w sprawie pierwotnego zamykania jamy brzusznej, jak H a b e r e r a, P r i b r a m a, R i t t e r a i innych.

Z tego wynika, że albo klinika nasza ma materjał operacyjny cięższy i trudniejszy o długotrwałym przebiegu chorobowym, zaś wyżej wymienieni mają do dyspozycji przypadki wczesne a temsamem łatwiejsze do zabiegu, wobec czego są w stanie wykonywać stosunkowo często „idealne wycięcie pęcherzyka żółciowego" z dobrymi wynikami albo jak twierdzi, P r i b r a m technika operacyjna u nas jakoteż w przeważającej większości klinik krajowych i zagranicznych — różni się tak znacznie od techniki zwolenników zamykania jamy brzusznej na głucho, że znaczna różnica w wynikach a zwłaszcza w częstości pooperacyjnego żółciotoku dałaby się usprawiedliwić chyba wadliwością techniki. I na ten temat wypowiedział B a k ê s cierpkie słowa do P r i b r a m a, uważającego się za chirurga, który przez stosowanie szeregu małych, niepozornych na oko szczegółów operacyjnych, nazywając je „małostkami operacyjnemi" otrzymuje idealny przebieg pooperacyjny, wobec czego może sobie pozwolić na pierwotne zamykanie jamy brzusznej. „Wszakże z małostek takich składa się postęp naszej techniki operacyjnej i od małostek zależy niejednokrotnie przy zabiegach życie chorego" — mówi P r i b r a m w obronie zajętego stanowiska. Jako przykład postępu techniki operacyjnej z obniżeniem śmiertelności przytacza wyniki wycinania żołądka.

Trudno uwierzyć, by P r i b r a m miał specjalną technikę operacyjną. Są przypadki i to nie rzadko, w których mimo doskonałej techniki jesteśmy zmuszeni zastosować sączkowanie. Przypuszczamy, że operuje on w znacznie lepszych od nas warunkach, mając do dyspozycji przypadki wcześniejsze.

Podsurowicze wycięcie pęcherzyka z pierwotnym zamknięciem jamy brzusznej wykonaliśmy zaledwie w 6-ciu przypadkach. Ich przebieg pooperacyjny był zupełnie zadawalniający jakkolwiek w dwu przypadkach wystąpiły lekkie dwudniowe nudności z wymiotami, które przeszły bez następstw. Pozatem nie odważyliśmy się częściej zamykać jamy brzusznej bez sączka, będąc do tego zmuszeni warunkami.

Dla usprawiedliwienia zaznaczamy, że w 65% przypadków znaleźliśmy bardzo silne zrosty skurczonego i zbliznowaciałego pęcherzyka z otoczeniem. Do jakich trudności podczas zabiegu jesteśmy przyzwyczajeni świadczy czas trwania tegoż, wynoszący często ponad godzinę. A czas trwania choroby? Sami chorzy w 40% podają, że choroba ich trwa więcej niż 5 lat. Nierzadko zdarzają się chorzy, którzy cierpią z powodu kamicy 20 i 30 lat.

Winę w tym przypadku ponoszą chorzy a jeszcze bardziej interniści, którzy przetrzymują chorych całemi latami. Dopiero gdy rozwinie się okres poważnych dolegliwości i powikłań, odstępują chorego chirurgowi. Następuje zabieg wśród znacznych trudności, nic więc dziwnego, że pewna odsetka chorych i po zabiegu będzie miała dolegliwości, z powodu zrostów czy zakażenia głębokich dróg żółciowych, które to powikłania nie są przecież następstwem zabiegu ale długotrwałości procesu chorobowego.

Nie będziemy przytaczali wyników operacyjnych kliniki S c h r a m m a; będą one tematem naszej późniejszej pracy.

Zastanówmy się teraz nad stosunkami podczas i po zabiegu.

Najbardziej niebezpiecznem powikłaniem po wycięciu pęcherzyka żółciowego to *żółciotok*.

Znane jest każdemu, że stosunkowo często po najczystszym choćby wycięciu pęcherzyka żółc., jakoteż po zupełnie prawidłowo założonej podwiązce na kikut przewodu pęcherzykowego, poczyna już kilka godzin po zabiegu wypływać żółć, która po kilku dniach znika, poczem następuje zupełnie prawidłowe gojenie się rany. W pewnej — wprawdzie — nieznacznej ilości przypadków obfitość takiego wypływu jest dość znaczna, mimo, że nie pochodzi ona z przewodu pęcherzykowego. Pochodzić ona może natomiast z przerwanych a nie zauważonych podczas zabiegu przewodów dodatkowych, z łożyska wątrobowego i ewentualnie z uszkodzonych miejsc miąższu wątrobowego poza łożyskiem.

Pierwsze może się zdarzyć zawsze, jakkolwiek rzadko bez winy operującego, ponieważ przewody takie mogą mieć znaczną średnicę to jednak mając ścianę bardzo cienką, ulegają przy „wyluksowaniu" wątroby spłaszczeniu stając się jeszcze bardziej niewidocznemi. Z powodu ich naciągnięcia względnie zagięcia podczas „luksowania" wątroby żółć z nich mimo przecięcia nie wypływa. Po idealnem więc wycięciu pęcherzyka może nastąpić w takim razie żółciotok do wolnej jamy brzusznej z następstwami.

Drugie tj. *uszkodzenie łożyska wątrobowego* ma miejsce stosunkowo często mimo najlepszej techniki operacyjnej i najostrożniejszego postępowania, ponieważ jak wspomnieliśmy największą odsetkę stanowią pęcherzyki, które przebyły już wiele ciężkich napadów. Wówczas i dobra technika nie pomoże; chcąc pęcherzyk taki usunąć — nadrywa się tu i ówdzie tkankę wątrobową w łożysku.

Błędem operacyjnym jest już uszkodzenie tkanki wątrobowej poza łożyskiem. W każdym razie pozornie mała rana w miąższu może dać wcale obfity wypływ żółci.

Przecięcia dodatkowych przewodów żółciowych, jakoteż uszkodzenie wątroby poza łożyskiem, możemy praktycznie nie brać pod uwagę. Natomiast żółciotok z uszkodzonego łożyska może dawać w życiu codziennem wiele niemiłych niespodzianek.

Wiemy bardzo dobrze, że ten t. zw. żółciotok dobrotliwy jest nim rzeczywiście wtedy, gdy pozostawiony sączek gumowy od-

prowadza go na zewnątrz. Przy zamkniętej zaś jamie brzusznej żółć gromadzi się w łożysku choćby nawet pod surowicówką mogąc następnie przebić do wolnej jamy brzusznej lub też ulec zakażeniu z następczemi powikłaniami.

Zupełny choćby brak żółci na powierzchni łożyska podczas wacikowania nie jest wskaźnikiem do zamykania jamy brzusznej na głucho, bo częstokroć mimo wykonania zabiegu w łatwych warunkach i mimo dokładnego pokrycia łożyska otrzewną już w kilka godzin po zabiegu opatrunek przemaka żółcią.

Ścisła obserwacja operowanych u nas przypadków jest dla nas najlepszym wskaźnikiem jak ostrożnie należy w takich wypadkach postępować. Co trzeci nasz chory miał żółciotok trwający kilka dni który zupełnie słusznie można nazwać dobrotliwym. Pewna jednak odsetka chorych miała żółciotok wcale obfity, który jakkolwiek po kilku dniach ustawał, to jednak w razie braku sączka okazałby się dla pacjenta niebardzo dobrotliwym. Nie wliczamy tu — ma się rozumieć — przypadków, w których niespodziewanie spadła podwiązka z kikuta przewodu pęcherzykowego, mimo nieraz zupełnie łatwego zabiegu i mimo zdawałoby się skrupulatnego podwiązania przewodu. Ten żółciotok trwał znacznie dłużej. Najczęściej powstawał on dopiero w 4 — 5 dniu po zabiegu a nawet w 8 — 9-tym, w postaci nagłego przebicia dużej ilości żółci, na zewnątrz.

Co się w więc dzieje z taką żółcią jeśli zamkniemy jamę brzuszną na głucho? Bardzo często żółć ulega wchłonieniu bez następstw. Może jednak nastąpić z tego powodu zejście śmiertelne, jak to miało miejsce w przypadku Ortha na 15 operowanych. Bardzo możliwe, że chodziło tu rzeczywiście o skąpą wydzielinę tylko zakażoną. Wprawdzie (według Ortha) nie wiadomo, czy sączkowanie byłoby chorą uratowało, bo mimo sączkowania też się zdarzają wypadki śmiertelnego zakażenia otrzewny, to jednak należy podnieść, że jeden przypadek śmierci na 15 operowanych — to duża odsetka.

Jak wspomnieliśmy w naszych dwu przypadkach wystąpiły na drugi dzień po zabiegu lekkie nudności i wymioty jednak minęły bez następstw. Widocznie spowodował je drobny na szczęście wypływ żółci do jamy otrzewnej.

Zdanie jakoby sączek gumowy i gaziki po wycięciu pęcherzyka żółciowego nie tylko nie zapobiegały ale wprost pośredniczyły w zakażeniu otrzewny od zewnątrz (Schonbauer Demel) jest może słuszne, ale wówczas, gdy z jakiegokolwiek bądź względu dojdzie do zropienia powłok brzusznych. Wówczas olbrzymie ilości bakterji tkwiące w ranie, przez którą przechodzi sączek gumowy i gaziki mogą się dostać do wnętrza. Trudno jednak przypuścić by zakażenie tego rodzaju miało miejsce gdy zabieg wraz z opatrunkiem zakończono według ścisłych zasad jałowości.

Jeśli miałoby ono następować w najbliższych dniach po zabiegu, to obserwowaliśmy często tuż po zabiegu objawy otrzewnowe. Trudno zaś przypuścić, by powstawało ono później gdy zlepy już dobrze ograniczają pole operacyjne. Przyznajemy jednak, że sączka nie należy przytrzymywać dłużej jak 4 — 5 dni, chyba że zachodzi specjalne wskazanie do tegoż.

My usuwamy gaziki po 2 — 3 dniach, zaś sączek gumowy po 4 — 5 dniach.

Nawiązując do sprawy zakażenia pola operacyjnego musimy podnieść, że zdanie niektórych autorów jakoby przez usunięcie pęcherzyka usuwało się zarazem siedlisko bakterji jest o tyle nieuzasadnione, że znajdują się one niewątpliwie w łożysku a często też przedostają się na pole operacyjne przy oddzielaniu pęcherzyka wypełnionego ropną zawartością, stanowiąc poważne niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny.

Pouczający jest przypadek Schultza uważającego się za zwolennika zamykania jamy brzusznej na głucho. Na 45 cholecystektomji 25 razy zamknął on brzuch bez sączkowania, w tem raz musiał ponownie otworzyć jamę brzuszną, z powodu ropnia jaki się wytworzył w łożysku (!). Jestto najlepszym dowodem, że zebrana podsurowicówkowo żółć czy też krew, może grozić zakażeniem, ponieważ o bakterje tu nie trudno.

Zupełnie już niesłuszne jest rozumowanie Desmeresta, porównującego stosunki operacyjne przy wycięciu pęcherzyka żółciowego ze stosunkami wyrostka robaczkowego. Pytanie: dlaczego tak często po ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, nawet gdy jest zlepiony i zrośnięty z otoczeniem, zamykamy jamę brzuszną bez sączka, jakoteż — czy jadowitość bakterji przy zapaleniu pęcherzyka żółciowego jest większa niż w zapaleniu wyrostka robaczkowego — są bez podstawy, ponieważ:

wyrostek robaczkowy zwykle łatwiej daje się usunąć a jego kikut można dobrze zaopatrzyć i wpuklić,

po usunięciu wyrostka robaczkowego niema krwawiącego łożyska, które należy do narządu tak silnie ukrwionego jak wątroba, po wycięciu pęcherzyka żółciowego stosunkowo często wydziela się w operowanem polu żółć, będąc nawet w małej ilości dobrą pożywką dla bakterji i wreszcie

pień, który się ewentualnie tworzy przy kikucie wyrostka robaczkowego niejednokrotnie bez naszej wiedzy otwiera się do kiszki po wycięciu zaś pęcherzyka tkwi w miejscu.

Do niedawna jeszcze wiele pisano o zaopatrywaniu kikuta przewodu pęcherzykowego widząc w dobrym jego zaopatrzeniu szczęśliwe wyjście i zabezpieczenie się przed pooperacyjnym żółciotokiem. Proponowano więc podwiązywać go w różny sposób — pojedynczo, podwójnie, przyszywać do tkanki otaczającej a nawet robić z niego węzeł, który już miałby być bezwzględnem zabezpieczeniem przed wypływem żółci. Tymczasem jak się przekonujemy, wypływ żółci z kikuta przewodu nie zdarza się tak często. Że powinno się go zaopatrzyć dokładnie i to najlepiej podwiązując go podwójnie w odległości ½ cm to zrozumiałe, ale najważniejsze to zaopatrzenie łożyska. Jeśli usunęliśmy pęcherzyk podsurowiczo, zaopatrzenie łożyska nie sprawia żadnych trudności, jeśli nie — to musimy w łożysko włożyć dla bezpieczeństwa gumowy sączek. (Cystoklazy nie robimy).

W razie obecności kamieni w przewodzie wspólnym względnie wątrobowym postępujemy w dwojaki sposób:

jeśli rana w przewodzie po usunięciu kamieni nadaje się do szczelnego zeszycia a niema innych wskazań do sączkowania na zewnątrz, to stosujemy sączkowanie wewnętrzne, zszywając otwór w przewodzie kilkoma szwami strunowemi. Wyniki po takiem sączkowaniu mamy bardzo dobre;

jeśli natomiast przewód jest bardzo rozszerzony lub też założenie szwu na niego jest utrudnione, względnie jałowości żółci, która się ewentualnie stykała z polem operacyjnem — nie jesteśmy pewni — wówczas sączkujemy na zewnątrz. Używaliśmy do tego celu różnego rodzaju sączków gumowych, każdy jednak miał swe złe strony: jeśli dobrze odprowadzał żółć na zewnątrz i ku dwunastnicy, to był trudny do wyjęcia a jeśli wyjęcie jego było łatwe (zwykły sączek gumowy) to odpływ żółci był niedostateczny. Obecnie stosujemy z dobrem powodzeniem i ku zupełnemu naszemu zadowoleniu zwykły sączek gumowy, który w odległości 2—3 cm od końca posiada otwór. Koniec sączka wprowadzamy ku przewodowi wątrobowemu a otwór sączka znajduje się w miejscu jego zgięcia, tak by mógł przepuszczać żółć przez przewód wspólny do dwunastnicy. W razie chwilowej niedrożności przewodu cała żółć uchodzi na zewnątrz. W okolicy sączka pozostawiamy 2—3 setony z gazy a w razie potrzeby nawet cienki sączek gumowy. Otwór około sączka zmniejszamy o ile zachodzi potrzeba. Z tego sposobu jesteśmy zupełnie zadowoleni.

Zwężenia przewodu wspólnego po takim sposobie sączkowania nie obserwowaliśmy.

Wracając do właściwego tematu — zaznaczamy — że wprawdzie stosowaliśmy sączkowanie po wycięciu pęcherzyka żółciowego w przeważnej części naszych przypadków a tem samem mieliśmy może nieco przedłużone leczenie pooperacyjne, to jednak na tak znaczną stosunkowo liczbę przypadków operowanej kamicy pęcherzyka, nie mieliśmy ani razu pooperacyjnego zapalenia otrzewny mimo wykonywanych wielokrotnie zabiegów wśród ciężkich warunków. Przeciętna ilość dni szpitalnych na każdego chorego wynosiła 20.

Nie będziemy przytaczali wszystkich zwolenników zeszywania jamy brzusznej bez saczkowania, zaznaczamy tylko, że do grupy tej przyłączyły się ostatnie kliniki Biera i Eiselsbergera.

Sprawa zamykania jamy brzusznej bez sączkowania jest najczęściej tematem prac niemieckich. Chirurdzy francuscy, włoscy, amerykańscy, polscy poza małymi wyjątkami (Mayo, Desmerest itd.) trzymają się bardziej stałych zasad postępowania.

Przyłączamy się w całości do oświadczenia De Quervaina który pozostaje wiernym sączkowaniu po wycięciu pęcherzyka żółciowego.

Jeśli się znajdą przypadki, w których pęcherzyk daje się wyłuszczyć bezkrwawo i bez uszkodzenia łożyska, tak, że spodziewamy się gładkiego przebiegu pooperacyjnego — zamykamy brzuch na głucho.

Nie można chirurgji dróg żółciowych upodabniać do chirurgji żołądka czy też wyrostka robaczkowego, gdzie można postępować według pewnego określonego szablonu. W chirurgji dróg żółciowych musimy indywidualizować. Co przypadek to inne stosunki, wymagające coraz to innego postępowania.

Jakże nazwać nowy prąd za odrzuceniem sączkowania, jak nie przemijającym. Nie jeden zapewne chirurg próbował zamykać jamę brzuszną bez sączka, co mu się też niejednokrotnie udawało, aż poparzywszy się raz i drugi wracał do niego z powrotem. Wszak myśl zamykania jamy brzusznej bez sączka nie jest czemś nowem.

Dr. med. Zofja ANTONIAK-CZYŻEWSKA. Warszawa.
i Dr. med. M. PEKER.

Pepton jako środek przeciwkrwotoczny.

Z Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Św. Ducha w Warszawie
Ordynator. Dr. Cz Otto

Klinika posiada obecnie cały szereg środków przeciwkrwotocznych: wapno, żelatynę, surowicę normalną końską, ergotynę, lecz żaden z tych środków nie odpowiada pokładanym w nich nadziejom. W poszukiwaniu środka energicznego i pewnego zwróciliśmy się do preparatów białkowych, jak mleko, pepton i t. p.

Zastrzykując obce dla ustroju białko, musimy zawsze liczyć się z możliwością wystąpienia anafilaksji, która w klinice jest zjawiskiem niepożądanem.

Pojęcie anafilaksji wprowadził po raz pierwszy do medycyny Ch. Richet i odtąd szeroką falą zaczęło ono ogarniać różne działy medycyny. Liczne badania, przeprowadzone celem poznania tego zjawiska, ostatecznego wyjaśnienia w tym kierunku nie dały. Zaobserwowano jedynie pewne przejawy, stale występujące u osobników uczulonych, ze strony krwi i naczyń krwionośnych (Biedl, Krauss, Arthus, Popielski).

Vidal stwierdził na wysokości napadu: 1) leukopenję, 2) procentowo wzmożoną ilość limfocytów, 3). obniżenie ciśnienia krwi, 4) obniżenie wskaźnika refraktometrycznego surowicy i 5) wzmożenie krzepliwości krwi. Według tegoż autora wstrząs świadczy nietylko o zmianach samej krwi, lecz jest wyrazem zakłócenia równowagi całego układu koloidowego ustroju.

Kopaczewski, Lumière i Couturier w pracach swych nad anafilaksją tłumaczą niektóre stale zmiany ze strony krwi, występujące u osobników uczulonych, odchyleniami w budowie ciał koloidowych krwi.

W miarę posuwania się prac nad istotą zjawiska anafilaksji, coraz to dokładniejszego rozpoznawania jej przejawów oraz wyjaśnienia ich, zaczęto wyzyskiwać je w celach leczniczych. Do substancyj białkowych, wprowadzających zmiany w układzie koloidowym ustroju należy między innemi i pepton.

Proteinoterapja coraz bardziej rozszerza zakres swej działalności leczniczej, dając piękne wyniki, dziś powszechnie znane w dziedzinie schorzeń reumatycznych, chorób zakaźnych, wysięków opłucnych i otrzewnych, biegunkach, dychawicy oskrzelowej, chorobach konstytucyjnych, rozmaitych skazach i krwawieniach.

Na tem miejscu chcielibyśmy podnieść wpływ, jaki proteinoterapja wywiera na ten ostatni przejaw chorobowy. Szmidt pierwszy zaobserwował wybitny wpływ, jaki wywiera na krwawienia zastrzykiwanie substancji białkowych. Za nim poszedł Döllken, Van den Velden i inni. Wirth już w 1908 r. stosował proteinoterapję, jako środek przeciwkrwotoczny z bardzo dobrym wynikiem.

W klinice R. Szmidta przeprowadzono liczne badania nad istotą działania ciał białkowych w krwawieniach wszelkiego rodzaju.

Obserwacje przypadków chorobowych oraz przeprowadzone badania, które między innemi zmianami ze strony organizmu, wykazały wybitne zwiększenie krzepliwości krwi, dały wyniki bardzo zachęcające.

Rolę ciał białkowych, jako środków przeciwkrwotocznych, niejednokrotnie już podnoszono na łamach naszego piśmiennictwa; biorąc jednak pod uwagę doniosłość tego przejawu chorobowego, pragniemy się podzielić swemi obserwacjami, przeprowadzonemi na naszym oddziale.

Idąc za radami Zimmera, używaliśmy jako środka przeciwkrwotocznego nie mleka, które jest mieszaniną o niezupełnie ustalonym składzie oraz wielkiej drobinie białkowej, lecz peptonu firmy „L. Spiess i Syn", który całkowicie zadowolił nasze wymagania, a przyjąć pod uwagę należy, że przygotowanie Inject. peptoni, ze względów technicznych nie jest bynajmniej łatwe.

Obserwacje nasze uczą, że krzepliwość krwi wzmaga się po upływie 2—2½ godz. i na tej wysokości utrzymuje się do 12-tu godz., aby w tym czasie powoli zacząć opadać, a po 24 godz. dojść do stanu, jaki miał miejsce przed zastrzykiem.

Stosowaliśmy injekcje peptonu w ilościach 10, 5 i 3 cm³, i otrzymywaliśmy we wszystkich przypadkach wzmożoną krzepliwość. Należałoby zatem z punktu widzenia klinicznego rozpatrzeć, czy minimalne ilości peptonu nie będą w stanie dawać takich rezultatów, jak większe ilości np. — 10 cm³. Być może istota działania nie zależy od ilości wprowadzanego peptonu.

Opracowujemy obecnie rozwiązanie tego zagadnienia, spostrzeżonego pod koniec naszych obserwacyj klinicznych. W badaniu krzepliwości krwi posługiwaliśmy się szkiełkami zegarkowemi, obserwując pod lupą pobraną kroplę krwi, aby dokładnie, według sekundnika, oznaczyć początek i koniec krzepnienia. Wszystkie badania przeprowadzano w jednakowej temperaturze otoczenia.

Zapatrywania co do mechanizmu działania peptonu są podzielone. Jedni, jak Krauss i Biedl, uwzględniając anafilaktyczne działanie peptonu, uważają go za środek obniżający ciśnienie krwi, jaką drogą — to jeszcze leży w dziedzinie hipotez: działając wprost na mięśnie gładkie naczyń, czy też drogą układu nerwowego autonomicznego.

Pick i Whipple uzależniają spadek ciśnienia krwi, jak również zmniejszenie krwawienia, od skurczów drobnych naczyń krwionośnych w zakresie krążenia małego oraz żyły wrotnej, — stąd pośrednio mniejszy dopływ krwi do lewej komory.

Badacze angielscy, a z polaków Popielski, uzależniają spadek ciśnienia od rozszerzenia naczyń w zakresie nerwów trzewnych. Klinicysta Pollitzer zwrócił uwagę na rolę, jaką pepton odgrywa w przemianie wodnej ustroju wskutek skurczu zastawek żylnych w zakresie żyły wrotnej i małego krążenia: gromadzenie się wody w wątrobie oraz zaoszczędzenie wody przez ustrój. Zmniejsza się znacznie ilość wody, jaką rozporządzają jelita i stąd zmniejsza się liczba stolców.

Kroetz uważa, że pepton, jako produkt rozpadu obcogatunkowego białka, powoduje zwiększenie się ilości globulin we krwi, które przyciągają sole i wodę. Przewód pokarmowy w ten sposób ma mniejszą ilość wody do rozporządzenia i stąd wypływa zastosowanie peptonu we wszelkich schorzeniach, których objawem są biegunki.

Na naszym oddziale stosowaliśmy pepton w krwawieniach płucnych, jelitowych oraz z dróg moczowych.

Z pośród ogólnej liczby przypadków wybraliśmy kilka celem zilustrowania wyników, jakie mieliśmy po stosowaniu tego środka leczniczego.

Chory W. M., lat 27, student. Przybył na oddział 28. V. 28 r. Choruje od 2 lat. Kaszle, pluje dość dużo, miewa często stany podgorączkowe oraz bóle w piersiach. W dniu wczorajszym miał krwotok płucny; odtąd stale, za każdem odkaszlnięciem odpluwa krew. Rozpoznanie: *tbc. fibrocaseosa pulm. dextri et lobi sup. pulm. sin.* Mocz bez zmian. Ciśnienie krwi 110/60 mm³ rtęci w/g Riva Rocci.

29. V. Ciepłota ciała 37,4. Osłabienie znacznego stopnia. Obfite krwioplucie. W płucach liczne rzężenia. Inject. Pepton 10% domięśniowo — 3 cm³.

30. V. Krwawienie zmniejszyło się. C. 37,2, miejscowo niewielka bolesność. Ogólnego odczynu nie było.

31. V. Pepton domięśniowo 3 cm³. Krwioplucie nieznacznego stopnia. Samopoczucie lepsze.

1. VI. Kilkakrotnie w ciągu doby chory odpluł krew w niewielkiej ilości. C. 37.

2. VI. Krwioplucie ustało. C. ciała 36,9. Rzężenia w płucach w cokolwiek mniejszej ilości słyszalne.

Chory pozostał na oddziale przez czas trzech tygodni. Krwotok nie powtarzał się. Wypisał się z poprawą.

II. Chory, R. Z., lat 36, handlowiec. Przybył na oddział z krwotokiem płucnym dnia 11. IV. 28 r. Choruje od roku. Kaszle, pluje, gorączkuje. W plwocinie wykryto prątki Kocha. Krwotok ma po raz trzeci. Czuje się ogromnie osłabiony. Od kilku dni ma ciepłotę powyżej 38.

Rozpoznanie: *tbc. pulm. destructiva ambilat. praecip. dextr.* Objawy jamy po stronie prawej w 2 miedzyżebrzu. Mocz bez zmian.

Ciśnienie krwi w/g Riva Rocci 100/54 mm³.

12. IV. Początek krzepnienia krwi 2. 50 sek., koniec krzepnienia 6 m. 10 sek. Injekcja peptonu 10% — 10 cm³.

W godzinę po zastrzyku początek krzepnienia 2 m. 25 sek., koniec krzepnienia 5 m. 47 sek.

W 2 godziny — początek krzepnienia 1 m. 35 sek., koniec krzepnienia 4 m. 13 sek.

W 4 godziny zdolność krzepnienia utrzymuje się na tym samym prawie co i w 2 godz. i trwa mniejwięcej do 12 godz., poczem zaczyna zmniejszać się, aby w 24 godz. po injekcji dać początek krz. 5 m. 51 sek., a koniec krz. 2 m. 39 sek.

13. IV. Krwioplucie cokolwiek mniejsze.

14. IV. Zastrzyk peptonu 10% — 10 cm³.

15. IV. Nieznaczne bardzo krwioplucie.

16. IV. Zastrzyk peptonu 10 cm³. W 10 godz. po zastrzyku pocz. krz. 2 m. 0 sek., koniec krz. 5 m. 30 sek. Samopoczucie lepsze. Krwioplucie ustało.

17. IV. Krwioplucie nie powtarza się. Pocz. krz. w 24 godz. po inj. 2 m. 40 sek., koniec krz. 5 m. 50 sek.

Chory pozostał na oddziale jeszcze miesiąc, przez który to czas krwotok nie powtarzał się.

III. Chory M. P., lat 21 szewc. Przybył na oddział 23. VI. 28 r. Choruje od 10 miesięcy. Kaszle dużo. Odczuwa ból, zwłaszcza podczas kaszlu, pod prawą łopatką. Gorączkuje. Od trzech dni

pluje obficie krwią. Rozpoznanie: *tbc. pulm. dextri consumptiva et apicitis sin.* Mocz bez zmian. Ciśnienie krwi w/g Riva Rocci 117/62. Początek krzepnienia krwi 3 m. 24 sek. Koniec krz. 8 m. 21 sek. Zastrzyk peptonu 10% — 10 cm³.

W 2 godz. po zastrzyku pocz. krz. 2 m. 6 sek., koniec krz. 5 m. 22 sek.

W 2½ godz. po zastrzyku pocz. krz. 1 m. 50 sek., koniec krz. 4 m. 50 sek.

W 6 godz. po zastrzyku pocz. krz. 2 m., koniec krz. 4 m. 50 s.

W 12 godz. po zastrzyku pocz. krz. 2 m. 10 sek., koniec krz. 5 m.

W 24 godz. po zastrzyku pocz. krz. 3 m. 9 sek., koniec krz. 7 m. 53 sek.

Krwioplucie widocznie zmniejszyło się.

24. VI. Krwioplucie nieznacznego stopnia. Samopoczucie lepsze.

25. VI. Zastrzyk. pepton. — 10 cm³. Kilka razy w ciągu doby chory odpluwał krew.

26. VI. Krwioplucie ustało.

27. VI. Zastrzyk. pepton — 10 cm³. W 16 godz. po zastrzyku początek krzepnienia 2 m. 30 sek., koniec krz. 5 m. 45 sek. Samopoczucie dobre, osłabienie zmniejszyło się.

Po czterech tygodniach chory z nieznaczną poprawą, lecz bez krwawienia wypisał się ze szpitala.

IV. Chory F. W., lat 39, robotnik. Przybył do szpitala 30. V. 28 r. Od tygodnia odczuwa silne bóle brzucha. Stolce oddaje co 15—30 minut krwawe z dużą domieszką śluzu. Nie gorączkuje. Nie kaszle. Osłabiony ogromnie. Rozpoznanie: *colitis acuta haemorrhagica.* Bakt. Shiga Kruse w kale nie wykryto. Mocz normalny. Ciśnienie krwi 108/48 w/g Riva Rocci.

Chory otrzymuje tannalbinę z opium, oraz injekcją 30 cm³ surowicy normalnej końskiej — bez rezultatu w ciągu kilku dni. Stolce bardzo częste i krwawe za każdym razem.

4. VI. Zaczęto choremu stosować pepton w injekcjach domięśniowych, co drugi dzień w ilości 10 cm³ jednorazowo. Już po pierwszej injekcji peptonu po kilku godzinach chory uczuł poprawę: stolce stawały się mniej liczne, a parcie mniej dokuczliwe.

Po drugiej injekcji peptonu stolce kilka razy w ciągu dnia z niewielką domieszką krwi. Po trzeciej injekcji stolce trzy razy dziennie zaledwie podbarwione krwią. Po czwartej injekcji chemicznie i mikroskopowo w stolcu krwi nie wykryto. Po 10-ciu dniach stolec sformowany z normalną domieszką śluzu.

Chory pozostawał jeszcze na oddziale trzy tyg., aby wzmocnić się na siłach po przebytej chorobie i wypisał się z dużą poprawą stanu ogólnego.

V. Chory Z. S. lat 31 — robotnik. Przybył na oddział 5. IV. 1928 r. Dziedzicznie obarczony alkoholizmem. Przechodził zapalenie nerek, tyfus brzuszny, czerwonkę, a w 1927 r. lues. Obecnie czuje się bardzo osłabiony. Na twarzy, tułowiu i kończynach dolnych silne obrzęki. Tony serca głuchawe — 48 uderzeń na minutę. Tętno napięte. Wątroba powiększona, nieco zbolała. Śledziona — dolny brzeg wyczuwalny. Nerki na dotyk bardzo bolesne. Ilość dobowa moczu — 620 cm³, białka 4,8‰, w osadzie liczne wałeczki i leukocyty oraz 200—300 krwinek czerwonych w polu widzenia. WaR — ujemny. Azotu mocznikowego we krwi w litrze 64 mg. Ciśnienie krwi 210/160. Ciepłota ciała — 37,6. Rozpoznanie: *nephritis haemorrhagica.* Chorego poddano ścisłej diecie mleczno-jarzynowej oraz stosowano przez czas dłuższy szereg środków moczopędnych i przeciwkrwotocznych. Wobec wysokiego ciśnienia zrobiono upust krwi — 350 cm³. Diureza wzmogła się do 2100 cm³ na dobę, ilość białka w moczu zmniejszyła się do 2‰, azotu mocznikowego do 49 mgr. w litrze, jedynie krwawienie trwało bez zmian. Wobec tego, że wszelkie stosowane leki nie przyczyniły się do zmniejszenia krwawienia, dnia 1. VI. 1928 r. zaczęto choremu stosować pepton Spiessa 10% w dawkach po 5 cm³ jednorazowo. Początek krzepnienia krwi przed injekcją 3 m. 15 sek., koniec krzepnienia 5 m. 52 sek.

W 2½ godz. pocz. krz. 1 m. 50 sek., koniec krz. 3 m.

W 6 godz. pocz. krz. 2 m., koniec krz. 3 m.

W 12 godz. pocz. krz. 2 m. 5 sek., koniec krz. 3 m. 40 sek.

W 22 godz. pocz. krz. 2 m. 58 sek., koniec krz. 5 m. 5 sek.

W 26 godz. pocz. krz. 3 m. 5 sek., koniec krz. 5 m. 43 sek.

Ogółem zastosowano choremu 16 zastrz. peptonu 10% z rezultatem dodatnim: hematurja ustąpiła. Chory otrzymywał injekcje początkowo co parę dni, w zależności od tego, jak długo utrzymywał się odczyn ogólny pod postacią łamania w kościach, ogólnego niedomagania oraz lekkiego bólu głowy i wymiotów. Te ostatnie dwa objawy można by również wytłómaczyć niedomogą nerek. Po kilku zaś zastrzykach zaczęto je stosować co drugi dzień, albowiem odczyn ogólny nie występował.

Diureza po injekcjach wzmagała się — dobowa ilość moczu *doszła do 2300 cm . Ilość krwi w moczu stale się zmniejszała z 300—200 w polu widzenia do 100—50 i t. d., aż wreszcie chory zaczął oddawać mocz bezkrwawy — ani mikroskopowo ani chemicznie krwi nie wykryto. Stan ogólny chorego poprawił się znakomicie.* Od chwili rozpoczęcia kuracji peptonowej chory innych leków nie otrzymywał.

Powyżej wymienione przypadki ilustrują rolę peptonu, jako środka przeciwkrwotocznego.

Stosowaliśmy ten lek w czterdziestu kilku przypadkach, otrzymując każdorazowo wzmożoną krzepliwość krwi, przytem ani razu nie mieliśmy wyraźnego odczynu ogólnego i miejscowego, co właśnie, zdaniem Z i m m e r a, warunkuje w proteinoterapji właściwości środka stosowanego na równi ze stałym jego składem.

Pepton, jako środek wzmagający krzepliwość krwi, w ostatnich czasach zaczął zwracać na siebie uwagę świata lekarskiego. W 1913 r. P f e i f f e r wykazał, że małe dawki peptonu zastrzyknięte dożylnie, wywołują powiększenie się krzepliwości krwi.

Spostrzeżenia te potwierdził w 1922 r. Z u n z. Obaj badacze nie potrafili sobie jednak zjawiska tego wytłumaczyć.

Dopiero H o w e l l'o w i udało się otrzymać z wątroby substancję, powodującą krzepnienie krwi, którą nazwał „heparina".

Według O p p e n h e i m e r a „heparina" zawiera w znacznej ilości ciała, powodujące krzepnienie krwi, które znajdują się we wszystkich tkankach ustroju. Tem właśnie tłumaczy się, dlaczego H o w e l l'o w i udało się stwierdzić obecność „heparyny" nietylko we krwi, lecz i w innych organach.

Powstało zatem przypuszczenie, opierające się na powyższych badaniach, że właściwości peptonu zwiększania krzepliwości krwi, zależeć mogą od obecności w nim „heparyny".

Ostatnio B o t h o E. B r ü d a, stosując metodę H o w e l l a w badaniach nad „heparina", otrzymał z peptonu substancję bardzo ze swych właściwości podobną do niej.

Biorąc zatem pod uwagę powyższe roztrząsania, stwierdzić musimy, że w szeregu środków przeciwkrwotocznych pepton niepoślednią odgrywa rolę.

Wygodny w stosowaniu, szybki w skutku, nie dający powikłań, powinien znaleźć szerokie zastosowanie w przypadkach tak poważnych objawów chorobowych, jak krwotoki.

Prymarjusz Dr. Witold LIPIŃSKI Lwów.
i Dr. Olga BALIKÓWNA.

Odczyn Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną a odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.) *).

Z pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie
Prymarjusz: Dr. Witold Lipiński

Jeszcze w roku 1925 na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Warszawie przedstawiłem po raz pierwszy wyniki pracy porównawczej nad odczynem Wassermanna a odczynem zmętnienia Meinickego. Badania te, wykonane w Instytucie Prof. N o w a k a w Krakowie, obejmowały materjał 1000 surowic, przyczem stwierdziłem, że odczyn zmętnienia jest wysoce swoistym i przy łatwej technice daje szybko wyniki niezwykle przejrzyste. Odczynu Wassermanna nie może zastąpić; polecałem go natomiast każdej pracowni serologicznej, gdzie, wykonany równocześnie z odczynem Wassermanna, może oddać cenne usługi. Ówczesna zgodność z odczynem Wassermanna wynosiła 87,3%.

Wyniki badań obecnych opierają się na materjale pracowni bakterjologicznej lwowskiego oddziału zakaźnego. Obejmują one 4,778 surowic krwi, z którymi wykonano, w czasie od 1 stycznia 1926 do września 1928, odczyny Wassermanna, w stanie czynnym i unieczynnionym, co stanowi 9,556 odczynów Wassermanna. Równocześnie wykonywano w każdym przypadku odczyn zmętnienia Meinickego. Przy odczynie Wassermanna, zarówno z surowicą czynną jak i unieczynnioną, używaliśmy stale w naszej pracowni trzech wywoływaczy, posługując się metodyką uproszczoną L i p i ń s k i e g o, polegającą, jak wiadomo, na użyciu trzech zmieszanych antygenów, uprzednio dokładnie wymiareczkowanych. W ten sposób otrzymywano wyniki jednolite i unikano rozbieżności. Jako dopełniacza używano dopełniacza świnki morskiej, konserwowanego 24%-wym roztworem soli kuchennej. Badania porównawcze, wykonane uprzednio w naszej pracowni, wykazały bowiem cenne zalety dopełniacza konserwowanego. Dopełniacz wiązano godzinę, w temperaturze lodowni, w temperaturze pokojowej i cieplarki (po

*) Podług wykładu, wygłoszonego na II Zjeździe Mikrobiologów i Epidemiologów polskich we Lwowie w r. 1928.

20 minut). Używano pięciokrotnej dawki amboceptora. Wyniki odczytywano po raz pierwszy w dwie godziny od chwili shemolizowania kontrol, po raz drugi i ostateczny dnia następnego, po kilkunastu godzinach trzymania w temperaturze lodowni.

Przy wykonywaniu odczynu zmętnienia Meinickego używano wyłącznie oryginalnego antygenu Meinickego. Wykonywano odczyn w połowie dawki, biorąc 0,1 ccm odwirowanej surowicy i 0,5 ccm rozcieńczonego antygenu. Wyniki odczytywano po raz pierwszy po dwóch godzinach, po raz drugi i ostateczny następnego dnia, w kilkanaście godzin później. Uważano za rozstrzygające skłaczkowanie. Zmącenia, występującego po kilkunastu godzinach, bez wykłaczenia, nie uważano za wynik dodatni.

Ponieważ już uprzednio podkreślano niejednokrotnie znacznie większą czułość odczynu Wassermanna z surowicą czynną, przestrzegając równocześnie przed nieswoistością, występującą w znacznym procencie w stanach fizjologicznych jak ciąża, połóg, lub w sprawach chorobowych jak gruźlica skóry, płuc i przydatków macicznych, przy raku i t. d., uważaliśmy za wskazane podjąć badania na znaczniejszym materjale surowic.

Odczyn Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną.

Wykonano odczynów Wassermanna			Otrzymano wyniki zgodne			
ogółem	z surowicą czynną	z surowicą unieczynnioną	ogółem	%	C. + N. +	C. – N. –
9.556	4.778	4.778	4.249	88,9	675	3.574

Otrzymano wyniki niezgodne				Surowice samozwrotne (nieuwzględnione)
ogółem	%	C. + N. –	C. – N. +	
415	11,2	372 (7,7%)	43 (3,4%)	114

Jak wynika z przedstawionej tabelki, wykonano odczynów Wassermanna 9,556 a zatem, 4,778 z surowicą czynną i tyleż z surowicą ogrzaną w łaźni wodnej, przy temperaturze 56° przez pół godziny. Wyników zgodnych otrzymano 4,249, co daje 89.9% zgodności. Wyniki niezgodne otrzymano 415 razy, co stanowi 11,1% niezgodnych. Na tych 11,1% przypada 7,7% wyników dodatnich nieswoistych, gdzie odczyn Wassermanna z surowicą czynną dał wyniki dodatnie, przy ujemnym Wassermannie klasycznym. Wbrew ogólnemu twierdzeniu, jakoby czynny Wassermann był bezwzględnie czulszym od Wassermanna klasycznego, otrzymano 43 razy dodatnie wyniki z surowicami unieczynnionemi, przy ujemnym odczynie Wassermanna z surowicą czynną. Wassermann klasyczny okazał się zatem czulszym w 3,4% badanych przypadków.

Rozpatrując wyniki naszych badań porównawczych, stwierdzamy:

1) Znacznie większą czułość odczynu Wassermanna z surowicą czynną we wszystkich procesach kiłowych świeżych, jak również w okresie kiły utajonej.

2) Nieswoistość wyników dodatnich, dochodzącą do 7,7% przy czynnym Wassermannie, w stanach fizjologicznych jak ciąża, połóg i w schorzeniach, przebiegających z zaburzeniami przemiany materji, nie wykazujących żadnych zmian kiłowych ani klinicznie ani anamnestycznie, a zatem etjologicznie różnych od kiły.

3) Większą czułość odczynu Wassermanna klasycznego w pewnych przypadkach, dochodzącą, według naszych badań do 3,4%.

Wobec powyższych wyników musimy stwierdzić, że dodatni odczyn Wassermanna z surowicą czynną nie może żadną miarą posiadać rozstrzygającego znaczenia rozpoznawczego, o ile brak nam klinicznych objawów kiłowych lub dodatniej anamnezy w kierunku kiły. Wassermann czynny ujemny, jako przeważnie czulszy, przemawiać może w dużej mierze przeciwko etjologji kiłowej.

Odczyn Wassermanna z surowicą unieczynnioną a odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.).

Wykonano odczynów Wassermanna równocześnie z odczynem zmętnienia	Otrzymano wyniki zgodne				Otrzymano wyniki niezgodne			
	ogółem	%	W+ M+	W– M–	ogółem	%	W– M+	W+ M–
4.715	4.408	93,5	573	3.835	307	6,5	198 (4,2%)	109 (2,3%

Jak wynika z przedstawionej tabelki, wykonano odczynów Wassermanna z surowicą unieczynnioną równocześnie z odczynem zmętnienia 4.715. Wyników zgodnych otrzymano 4.408, co stanowi 93,5% zgodności, przy 87,3% wyników zgodnych w roku 1925. Wyniki niezgodne otrzymano 307 razy, co daje 6.5% niezgodności. Wassermann klasyczny okazał się mniej czułym od odczynu zmętnienia w 4,2%, bardziej czułym natomiast w 2.3% badanych przypadków.

Odczyn Wassermanna z surowicą czynną a odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.).

Wykonano odczynów Wassermanna równocześnie z odczynem zmętnienia	Otrzymano wyniki zgodne				Otrzymano wyniki niezgodne			
	ogółem	%	W+ M+	W– M–	ogółem	%	W– M+	W+ M–
4.666	4.145	88,8	667	3.478	521	11,2	144 (3,2%)	377 (8%)

Jak wynika z przedstawionej tabelki, wykonano odczynów Wassermanna z surowicą czynną równocześnie z odczynem zmętnienia Meinickego 4,666. Wyników zgodnych otrzymano 4,145, co stanowi 88.8% zgodności. Wyników niezgodnych otrzymano 521, co daje 11,2% niezgodności. W 8% badanych przypadków Wassermanna z surowicą czynną okazał się czulszy od odczynu zmętnienia, ale i nieswoisty. W 3,2% badanych przypadków dawał odczyn zmętnienia wyniki wyraźnie dodatnie, przy lekkich zahamowaniach lub ujemnych wynikach odczynu Wassermanna z surowicą czynną.

Rzut oka na wyniki badań porównawczych nad odczynem Wassermanna a odczynem zmętnienia Meinickego wykazuje, że pod względem czułości na pierwszem miejscu idzie odczyn Wassermanna z surowicą czynną. Otrzymano bowiem na 4,788 badanych surowic, 947 dodatnich wyników, co stanowi 19,8%. Przy użyciu surowicy unieczynnionej otrzymano wyników dodatnich 718, co daje 15,2%. Odczyn zmętnienia Meinickego stoi pod względem czułości pośrodku, daje bowiem na 4,715 surowic w 771 przypadkach wyniki dodatnie, co stanowi 16,5%, względnie przy 4,666 odczynach a 811 wynikach dodatnich, 17,1%.

Porównanie wyników, otrzymanych przy poszczególnych odczynach, zbliży nas najbardziej do prawdy; byłoby zatem bardzo wskazanem, aby pracownie serologiczne wykonywały równocześnie, obok odczynu Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną, odczyn zmętnienia Meinickego.

Dr. Jadwiga GABSZEWICZ i Dr. Henryk WACHTEL. Kraków.

O działaniu radu w przypadkach zaćmy starczej.

Z Kliniki okulistycznej U. J. Prof. Dr. Majewskiego i Instytutu dla Curieterapji w Krakowie

Sprawa zaćmy postępującej i przyczyna jej powstawania zajmuje umysły uczonych od lat kilkudziesięciu, jednak do dnia dzisiejszego nie mamy dokładnego wytłumaczenia spraw, które przejrzystą soczewkę zmieniają w zaćmę.

Jeden z pierwszych zajmujących się tą sprawą, Otto Becker, podaje jako przyczynę zaćmy — sklerozę jądra, kurczenie

się takowego, rozluźnienie przez to włókien kory, w następstwie ich rozpad i zaćmienia soczewki.

Peters dowodzi, że dla dobrego, prawidłowego odżywienia soczewki, koniecznem jest, żeby miała ona większą zawartość soli (wyższe molekularne stężenie) aniżeli ciecz wodna. Wskutek zmian starczych w nabłonku ciałka rzęskowego zwiększa się molekularne stężenie cieczy wodnej, następują zaburzenia w odżywianiu soczewki i zwyrodnienie.

Badania nad zawartością wody (Deutschmann, Priestley, Smith) w soczewkach zaćmionych i przejrzystych, w jądrze i korze podczas postępowania zaćmienia soczewki nie dały żadnych wyników.

Spostrzeżenia Schön'a, że nadzwroczność i Vacher'a, że niezborność oczu bywa przyczyną zaćmy zupełnie nie znalazły potwierdzenia.

Więcej mają dziś zwolenników teorje, które tłumaczą, że przyczyną powstawania zaćmy są zmiany nie miejscowe, a ogólne: samo życie daje nam wiele zjawisk, potwierdzających pogląd np. zaćma u chorych na cukrzycę, zaćma po pewnych ogólnych zatruciach np. ergotaminą (Tepliaschin), zaćma po ciężkich chorobach zakaźnych (zapalenie opon mózgowych, dur), zaćma w charłactwie i w stanach wywołujących drgawki. Jedno wiemy z pewnością: *gdy w soczewce oka ludzkiego rozpocznie się zwyrodnienie, wywołujące zaćmienie, nie zatrzymuje się ono prawie nigdy, albo też* tylko w bardzo nielicznych przypadkach i prędzej czy później doprowadza do zupełnego zaćmienia soczewki i utraty wzroku.

Mamy wprawdzie moc przywrócenia wzroku przez operację zaćmy, ale jest to zawsze zabieg ciężki, na który nieraz jest trudno zgodzić się starcom, ponadto okres dojrzewania zaćmy bywa długi i przykry dla chorych. Zdarza się też zresztą nieraz, że pomimo całej umiejętności i wprawy, wysiłków i dobrej woli ze strony chorego, oko zabiegu nie zniesie i albo częściowo albo zupełnie ginie.

Tem samem uzasadnione są rozliczne poszukiwania sposobów innych, nie operacyjnych, które pozwoliłyby zatrzymać lub cofnąć rozpoczęte zwyrodnienie w soczewce.

Działanie promieniowań, jako to promieni świetlnych słońca, Roentgena i ostatnio radu na zdrową soczewkę z jednej strony, a stosowanie owej energji promienistej w celach leczniczych w zwyrodnieniach soczewki z drugiej strony, stało się przedmiotem badań w ostatnich czasach.

Co do wpływu promieni słońca na soczewkę, to Hirschberg spostrzegał, że w Indjach, w krainie palących promieni słońca, zaćma występuje przeciętnie o dwadzieścia lat wcześniej niż u nas, co wskazywałoby na ujemny wpływ promieni słońca na soczewkę.

Schwitzer i Schulek dowodzą, że pracownicy wiejscy, pracujący na roli, częściej zapadają na zaćmę niż mieszkańcy miast, wskutek szkodliwego działania ultrafjoletowych promieni.

Birch-Hirschfeld zajmował się sprawą działania promieni Roentgena i radu na oko. Opisuje on kilka przypadków poważnego uszkodzenia oka przy stosowaniu leczniczem promieni Roentgena, w żadnym jednakże z tych przypadków nie stwierdzono zaćmień w soczewce. Próbował on również doświadczalnie działania promieni Roentgena i radu na oczy królików. Stosował przy tem dawki duże, które wywoływały obrażenia powierzchownych i głębokich części oka, nie udało się mu jednak nigdy wywołać zaćmień w soczewce.

Hippel stosując rad na brzuch ciężarnej samicy królika wywołał zaćmę u płodów.

Tribondeau i Belley naświetlali promieniami Roentgena oczy nowonarodzonych kotów przez pięć dni i w taki sposób wywoływali zaćmę, uwarunkowaną zmianami przedniej warstwy nabłonka soczewki.

Tribondeau i Lafargue wywoływali ją nawet u dorosłych zwierząt.

Spostrzegano wreszcie przedwczesne pojawianie się zaćmy u ludzi pracujących, zawodowo promieniami Roentgena.

Powyższe zjawiska dowodziłyby, że jednak energja promienista nie jest obojętna dla soczewki oka, ma jakiś wpływ na stosunki w soczewce, ale działanie promieni słońca i Roentgena jest raczej szkodliwe, niszczące.

Potężne działanie promieni radu na tkanki i komórki żywego ustroju, szczególniej zaś na tkanki schorzałe, tak szeroko stosowane już w wielu gałęziach medycyny, zachęciło nas do prób i badań w tym kierunku, czy nie możnaby uzyskać *przy pomocy energji promienistej radu*, zahamowania i cofnięcia zwyrodnienia prowadzącego do zaćmienia soczewki.

Pierwszym, który takowe próby podjął był amerykanin Koster. Próby leczenia zaćmy starczej radem na większą miarę prowadzili amerykanie M. Cohen i L. Levin (1919). Sprawozdanie ich obejmuje dwadzieścia przypadków, których czas obserwacji wynosił od trzech miesięcy do roku. Uzyskali oni w dwunastu wypadkach polepszenie, wyrażające się w poprawie wzroku i w zmniejszeniu zagęszczeń w soczewce. W dalszych trzech przypadkach była tylko poprawa wzroku bez zmniejszenia zaćmień w soczewce, w dwóch przypadkach tylko zmniejszenie zaćmień bez poprawy wzroku, a w trzech przypadkach stan pozostawał bez zmian.

Badania Cohena i Levina nie mogą się jednak ostać dokładniejszej krytyce: roczny czas spostrzegania jest tu zbyt krótki, gdyż znamy przypadki mające szereg lat, gdzie zaćmienie soczewki posuwa sią bardzo wolno. Zdarzają się nawet, chociaż nieliczne samoistne cofania się zaćmy. Z większem zaufaniem do wyników prób tych będziemy mogli się odnieść, gdy czas obserwacji uczynimy dłuższym i przeprowadzimy statystykę porównawczą z przypadkami, którymi jednocześnie się opiekowano, a które nie były leczone wcale.

Nasze badania prowadzimy w Klinice i w Instytucie leczenia radem od dwóch i pół lat.

Zdajemy sprawę z czternastu przypadków, których czas obserwacji od rozpoczęcia leczenia wynosi co najmniej siedm miesięcy (2 przypadki), dwa przypadki około półtora roku, a dziesięć około, albo dłużej niż dwa i pół lat, najdłużej 32 miesiecy. Jako poprawę stanu chorego uważamy polepszenie bystrości wzroku, sprawdzone na podstawie odczytywania tablic Snellena z odległości 6 metrów i z odległości 35 cm i wyjaśnienie zaćmień w soczewce na podstawie porównania rysunków zaćmień wykonanych przed i w ciągu leczenia. W sprawozdaniu naszem pomijamy przypadki, które były niewystarczająco spostrzegane, odnoszące się do chorych, którzy po jednorazowem zastosowaniu radu nie zgłosili się więcej do leczenia, ani do sprawdzenia tak, że ich dalszy los pozostał nam nieznany.

Wynik naszych prób leczniczych da się określić w sposób następujący: *polepszenie uzyskaliśmy w pięciu przypadkach, wstrzymanie sprawy w siedmiu, dalszy postęp zaćmień w dwóch, z tych jednak żaden nie posunął się tak, by zaćma dojrzała do operacji.*

Szczegółowy opis przytaczamy tylko tych przypadków, które wykazały wyraźną poprawę.

Przypadek 1. — M. S. l. 54 żona kupca zgłosiła się w kwietniu 1926 r. z powodu pogorszenia wzroku.

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/18, (33% normy), szkła nie poprawiają.

Z bliska odczytuje tablice Snellena 1,0: 0,8 ze szkłem sferycznem + 1,8.

Lewe oko: takież.

Przy prześwietleniu stwierdzono w obu oczach na obwodzie soczewki w pobliżu równika dość gęste zaćmienia, dochodzące prawie do samego równika.

Rozpoznanie: *Cataracta incipiens oculi utriusque.*

Chora otrzymała w ciągu dwóch lat 7 naświetlań radem.

Ostatnie badanie kliniczne 14. XII. 1928 wykazało:

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/8, (75% normy), — z bliska Snellen 0,5 ze szkłem sferycznem + 1,25.

Lewe oko: 6/18, (33% normy, — z bliska Snellen 1,5; 0,5 ze szkłem sferycznem + 0,5.

W przypadku tym bystrość wzroku podniosła się w prawem oku z 33% na 75%, lewe oko pozostało bez zmiany. W obu oczach zaćmienia pozostały ułożone jak poprzednio.

Czas obserwacji 32 miesiące.

Przypadek 2. — M. A. lat 54, kobieta, zgłosiła się 12 grudnia 1927 r. z powodu osłabienia wzroku.

Bystrość wzroku: Prawe oko: 6/36 (18% normy): z bliska Snellen 1,0 ze szkłem sferycznem + 4,0.

Lewe oko: takież.

W obu oczach w soczewce dołem obwodowe gęste zaćmienia, w środku obłoczkowate rozlane.

Rozpoznanie: *Cataracta nucleocorticalis oculi utriusque incipiens.*

Chora dostała trzy naświetlania radem.

Ostatnie badanie dnia 14. VII. 1927 wykazuje:

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/24 (25% normy), z blizka widzi jak poprzednio.

Lewe oko 6/18 (33% normy), z blizka jak poprzednio.

W przypadku tym bystrość wzroku podniosła się w prawym oku z 18% na 25%, w lewem oku z 18% na 33%. Zaćmienia centralne w soczewce znikły, pozostały zaćmienia obwodowe.

Czas obserwacji 7 miesięcy.

Przypadek 3. — E. L. lat 84 kobieta, zgłosiła się 4. III. 1926 z powodu osłabienia wzroku.

Bystrość wzroku: Prawe oko: liczy palce na dwa metry, szkła nie poprawiają.

Lewe oko: 6/60 (10% normy), ze szkłem sferycznem + 2 6/18 (33% normy). Z bliska Snellen 1,0, ze szkłem sferycznem + 6.

W prawem oku w soczewce obwodowe i centralne gęste zaćmienia, w lewem oku obwodowe gęste zaćmienia, środek przejrzysty.

Rozpoznanie: *Cataracta incipiens nucleo - corticalis oculi utriusque*. Chora dostała trzy naświetlania radem.

Ostatnie badanie 24. VII. 1927 wykazuje:

Bystrość wzroku: Prawe oko: 6/24 (18% normy) ze szkłem sferycznem + 2,5. Lewe oko takież. Z blizka jak poprzednio.

Poprawa w oku prawem wyraża się podniesieniem bystrości wzroku do 50% normy, a w lewem oku z 10% na 18% bez szkieł, a z 33% na 50% przy użyciu szkieł. Zaćmienia w soczewkach obu oczu mniej gęste.

Czas obserwacji 15 miesięcy.

Przypadek 4. — B. W. lat 58 kobieta, zgłosiła się dnia 20. VI. 1926 z powodu pogorszenia się wzroku oka prawego.

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/60; ze szkłem sferycznem — 5,5 6/8 (75% normy). Z blizka Snellen 0,5. Lewe oko 6/18; ze szkłem sferycznem + 1,25 6/6 (normalna).

W prawem oku w soczewce sektorowate zaćmienia obwodowe.

Rozpoznanie: *Cataracta incipiens oculi dextri*.

Chora dostała 5 naświetlań radem.

Ostatnie badanie 23. X. 1928 wykazuje:

Prawe oko: bystrość wzroku 6/60; ze szkłem sferycznem — 5,5 6/6 (normalna). Z blizka Snellen 0,5. W lewem oku jak poprzednio.

W tym przypadku bystrość wzroku podniesła się na chorem oku z 75% do normy. Chora cierpi od lat na cukrzycę z wysokim odsetkiem cukru w moczu.

Czas obserwacji 30 miesięcy.

Przypadek 5. — M. A. lat 67 kobieta, zgłosiła się dnia 13. X. 1926 z powodu pogorszenia wzroku.

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/12 (50% normy), szkła nie poprawiają. Z blizka Snellen 0.5 ze szkłem sferycznem + 1.75. Lewe oko: 6/24 (25% normy), szkła nie poprawiają. Z blizka Snellen 1.0 ze szkłem sferycznem + 3,0.

W obu oczach w soczewkach centralne i obwodowe drobne zaćmienia.

Rozpoznanie: *Cataracta incipiens oculi utriusque*.

Chora dostała 5 naświetlań radem.

Ostatnie badanie 7. V. 1928 wykazuje:

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/36 (18% normy); ze szkłem sferycznem — 2 5 6/6 (normalna). Z blizka Snellen 0 5. Lewe oko: 6/36 (18% normy); ze szkłem sferycznem — 2, 75 6/8 (75% normy). Z blizka Snellen 1 0.

Zaćmienia w obu soczewkach drobniejsze.

W tym przypadku wzrok w dal bez korekcji pogorszył się, ale przy pomocy szkieł wklęsłych znaczna poprawa wzroku *(myopia e cataracta formanda)*. Wnioskujemy o poprawie, ponieważ zaćmienia wyraźnie zmniejszyły się.

Czas obserwacji 18 miesięcy.

Stosowaliśmy rad silnie sączony. Używaliśmy sączków platynowych grubości 0,5 mm i 1 mm. Aplikatory umocowywano przy zamkniętem oku na powiece górnej przylepcami i, zalepiano całe oko. W ten sposób powieka chroniła rogówkę przed bezpośredniem zadziałaniem radu. W niektórych przypadkach stosowaliśmy sączek odległościowy: (1 — 3 mm między aplikatorem i skórą).

Dawka obliczona była tak, że skóra powieki nie doznała zmian. Wynosi ona na powiece zależnie od wrażliwości chorych około 70 miligramgodzin. Zastosowanie na poszczególne oko trwało 6 — 10 godzin. Powtarzano je w odstępach 2 miesięcy. W żadnym przypadku nie stwierdziliśmy jakiegokolwiek ubocznego szkodliwego działania radu na inne części oka.

Z pośród chorych leczonych radem stwierdziliśmy w dwóch przypadkach że nie było ani poprawy, ani zatrzymania całkowitego procesu chorobowego. Dalszy postęp choroby nastąpił jednak bardzo nieznacznie, mianowicie w jednym przypadku wzrok podupadł w lewym oku z 33% na 25%, a w prawem pozostał bez zmiany. W drugim przypadku wystąpiła w prawem oku krótkowzroczność *(myopia e cataracta formanda)*, w lewem zaś wzrok polepszył się nieco.

Jednocześnie z naszemi próbami leczenia zaćmy radem zajmowaliśmy się w ciągu tego samego okresu czasu 45 chorymi z poczynającą się zaćmą. jednak *nieleczonymi* wcale. Z tych przypadków *żaden nie wykazał poprawy*, 13 pozostało bez zmian, 32 uległo pogorszeniu, w tem 10 tak znacznemu że można je było operować.

Jeżeli więc *zestawimy i porównamy los przypadków zaćmy leczonych radem i nieleczonych* w tym okresie czasu, zauważymy znaczną różnicę.

	Dalszy postęp choroby	Stan bez zmian	Poprawa
14 przyp. leczonych radem	2 (14,2%)	7 (50 %)	5 (35,7%)
45 przypadków nieleczonych	32 (71,1%)	13 (28,8%)	0 (0%)

W wyciąganiu ostatecznych wniosków co do leczenia zaćmy radem musimy być bardzo ostrożni, gdyż, jak już wspomnieliśmy wyżej, znane są przypadki samoistnego wstrzymania sprawy, jednakże cyfry naszej statystyki porównawczej dowodzą, że *zatrzymanie postępu choroby w przypadkach leczonych radem nie jest czemś przypadkowem*, ale związanem z działaniem zastosowanego środka. Fakt, że żadna ze spostrzeganych przez nas zaćm, leczonych radem nie posunęła się wyraźnie naprzód, dalej, że w kilku przypadkach otrzymaliśmy polepszenie, świadczyłoby, że *mamy w radzie czynnik leczniczy dużej wartości, także przy leczeniu zaćmy*.

Na czem polega istota jego działania w soczewce nie wiemy, jak i nie znamy jej przy stosowaniu radu w innych gałęziach medycyny, w których tak wielkie oddaje usługi.

Czy zastąpi on nam kiedy metodę operacyjną, czy też oddali tylko od chorego czas utraty wzroku, tego dziś powiedzieć nie możemy; licznych i wieloletnich badań jeszcze na to potrzeba i udoskonalenia metody, aby działanie jej uczynić jaknajskuteczniejszem.

Piśmiennictwo:

Becker Otto: Pathologie und Therapie des Linsensystems. Graefe - Saemi I. Aufl. — Deutschmann: Untersuchungen zur Pathogenese der Katarakten. I. Aufl. Arch. f. Ophtalmol. Bd. 23. 3. Deutschmann: Fortgesetzte Untersuchungen zur Pathogenese der Katarakt. Arch. f. Ophtalm. Bd. 25. 2. — Schmid-Rimpler: Zur Actiologie der Katarakten. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. S. 246. 1883 J. — Schmidt-Rimpler: Zur Aetiologie der Kataraktenwicklung im mittleren Lebensalter. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. S. 92. 1904. — Leber: Zur Pathogenese der Katarakt. Klin. Monatsbl. f. Augenheil. 43. 1. S. 380. — Peters: Zur Pathogenese der Katarakt. Klin. Monatsbl. f. Augenheil. 43. 1. S. 621. — Desbrières et Bargy: Un cas cataracte due a une décharge électrique industrielle. Ann. d'Ocul. 133. P. 118, 1905. Preindlsberger: 3 Fälle von Katarakt nach Blitzschlag. Wien. Klin. Wochenschr. S. 314. 1901. — Iwanoff: Les conséquences de la foudre sur la vision. Soc. franc. d'Ophtalmol. II P. 463. — Birch-Hirschfeld: Zur Wirkung der Roentgenstrahlen auf das menschliche Auge. Klin. Monatsbl. f. Augenheil. 46, 2 S. 129. 1908. — Birch-Hirschfeld: Die Wirkung der Roentgen — und Radiumstrahlen auf das Auge. Graefes. Arch. f. Ophtalm. Bd. 59. 1904. — Hans Meyer: Die Wirkung der Roentgenstrahlen auf das Auge. — W. Deane Butcher, M. R. C. S. London: Ueber die Grundlage der Roentgen und Radiumtherapie. — Cohen i Lewin: Journ. of. Amer. Medic. Assoc. 1919. — J. Lewin: Amer. Journ. of. Roentgenology 1920.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Maria SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. Warszawa.

Udział Rządu w walce z gruźlicą *).

Udział czynników rządowych w walce z gruźlicą w innych państwach jest bardzo różny, np. system angielski ześrodkowuje całą akcję przeważnie w ręku czynników urzędowych i wykazuje dążność do coraz większego jej ujednostajnienia w tym kierunku. System francuski w znacznej mierze opiera sie na czynnikach społecznych, mając organizację napół oficjalną „Comité Nationale“ na czele, uprawnioną do prowadzenia całości akcji. Prawdziwą mozaikę przedstawiają Stany Zjednoczone: niepodobna scharakteryzować w kilku słowach tamtejszej akcji przeciwgruźliczej; zdawałoby się jednak, że istnieje tendencja przejmowania czynności w zakresie walki z gruźlicą przez czynniki oficjalne. Prof. Freeman (un. John'a Hopkins'a), jeden z największych autorytetów w dziedzinie administracji i organizacji sanitarnej, uważa rolę czynników społecznych za konieczną dla rozbudzenia w społeczeństwie myśli o samoobronie przeciw klęskom społecznym. Z chwilą jednak, gdy społeczeństwo jest dostatecznie uświadomione, należy, zdaniem doświadczonego profesora, przekazać całą akcję organizacyjną czynnikom oficjalnym ze względu na większą sprawność i oszczędność w wydatkach.

*) Referat wygłoszony w dniu 30 czerwca 1928 na Ogólnopolskim Zjeździe Przeciwgruźliczym w Poznaniu.

Postaram się scharakteryzować pokrótce działalność państwową innych krajów w dziedzinie, nas obchodzącej.

1. W Danji rząd bierze bardzo znaczny udział finansowy w zakładaniu i utrzymaniu szpitali, sanatorjów, domów opiekuńczych itp. Opłata w tych zakładach waha się od 4—3 koron duńskich dziennie. Z tego państwo płaci $1/2$—$3/4$ utrzymania za niezamożnych. Jest to pojęcie bardzo szerokie. Do „niezamożnych" zalicza się wszystkich ubezpieczonych, w uznanych przez Państwo Kasach Chorych i ich dzieci poniżej lat 15, czyli mniej-więcej 60% całej ludności. Resztę opłaca Kasa, względnie za nieubezpieczonych gmina pochodzenia.

W ten sposób każdy gruźlik może być leczony.

2. Francja nie posiada wprawdzie ustawy, posiada natomiast rozporządzenie, odnoszące się do poszczególnych fragmentów walki z gruźlicą, a więc o organizacji przychodni z r. 1916, o sanatorjach z r. 1919 i dekret z r. 1920 również o sanatorjach.

a. Rozporządzenie o przychodni nadaje prefektowi prawo nadawania przychodniom praw instytucji publicznej oraz praw kontroli ich działalności. Rozporządzenie przewiduje różne źródła dochodu dla organizacji i prowadzenia przychodni; udział państwa nie jest określony.

b. Rozporządzenie o sanatorjach przewiduje udział państwa na urządzenie i prowadzenie sanatorjów tak zwanych publicznych, przyczem pomoc ta nie może przewyższać połowy kosztów. Prawo to przedstawia się dość niejasno: niewiadomo, kto ma obowiązek zakładania sanatorjów, zawiera jednak wyraźne omówienie, że jeśli taki departament nie ma własnego sanatorjum, to jest obowiązany zapewnić chorym gruźliczym, którym przysługuje prawo bezpłatnego leczenia, odpowiednią liczbę łóżek drogą umowy z innem sanatorjum publicznem lub prywatnem. Ponieważ samorządy departamentowe nie były w stanie zdobyć się na odpowiednią liczbę łóżek, państwo podnosiło subwencje rządowe, dochodzące w roku bieżącym do kwoty 60 miljonów franków na walkę z gruźlicą, w czem 24 miljony na budowę sanatorjów.

3. W Szwajcarji opracowano projekt kompletnej ustawy przeciwgruźliczej w roku 1925. Wprowadzenie jej w życie jest sprawą dłuższą wobec skomplikowanej procedury, tam obowiązującej. Wydatki na walkę z gruźlicą ponoszą kantony i gminy. Udział Federacji wynosi do 25% wydatków, przez co nabywa się prawo kontroli wydatkowania funduszów. W pewnych specjalnych wypadkach udział Rady Związkowej może wynosić do 33%.

4. Stany Zjednoczone przedstawiają, jak to było wyżej powiedziane, mozaikę różnorodną. Na jaknajwiększą uwagę zasługuje organizacja i prawodawstwo Stanu New-York. Gruźlica jest tam wydzielona z szeregu innych zagadnień, przepisy prawne są opracowane w najdrobniejszych szczegółach i przedstawiają całość logiczną, przejrzystą i wszechstronną. Główny nacisk położono na tworzenie szpitali — są to właściwie szpitale-sanatorja, ciężar budowy i utrzymania tychże spada na gminy (county). Każda gmina (county), mająca 35.000 lub więcej mieszkańców, jest obowiązana założyć szpital dla gruźliczych. Gminy, które tego nie zrobiły do roku 1918, zostały zmuszone przez stanowego komisarza do spraw zdrowia w ciągu 5-ciu lat do wykonania tego zarządzenia pod jego kierunkiem i kontrolą.

Wydział Zdrowia Stanu New-York poza tem prawem przymusu, prawem zatwierdzania planów instytucyj przeciwgruźliczych i prawem kontroli ich czynności jest obowiązany do prowadzenia statystyki gruźliczej, dostarczania możności bezpłatnego badania plwociny, prowadzi propagandę przeciwgruźliczą oraz ma bezpośredni nadzór nad sanatorjum Ray-Brook, ponadto jedynie lekarze urzędowi mają prawo kwalifikowania chorych do tego sanatorjum.

5. Rząd włoski wydał, jak wiadomo, ustawę o przymusowem ubezpieczeniu przeciw gruźlicy.

6. Anglja posiada obszerne ustawodawstwo, dotyczące zwalczania gruźlicy. Kierownictwo akcją spoczywa w rękach Ministerstwa Zdrowia, które posiada wydział walki z gruźlicą. Plany walki z gruźlicą, opracowane przez większe samorządy, są obowiązkowo przedstawiane do zatwierdzenia Ministerstwu zdrowia. Koszty są w połowie ponoszone przez państwo, w połowie przez samorządy; istnieje specjalny, dość wysoki, podatek od dochodu na zdrowie publiczne, z czego pewien procent jest przeznaczony zgóry na walkę z gruźlicą. Organizacje społeczne National Association for the prevention of tuberculosis, a więc NTA i jego członkowie zachowały sobie wyłącznie akcję wychowawczo-propagandową. W niektórych miejscowościach organizowane są komitety społeczne w celu dostarczenia pracy gruźlikom, którzy wyszli z zakładu. W ten sposób społeczeństwo interesuje się całą sprawą minimalnie, uważając, że spełnia obowiązek, płacąc podatek, powinno zatem otrzymać w zamian wszystkie świadczenia w postaci urządzeń rozpoznawczych, leczniczych itd. O skuteczności organizacji angielskiej mówią fakty i cyfry spadku umieralności na gruźlicę. Ponadto istnieje specjalny fundusz pomocy dla ubogich, oparty na t. zw. poor law, którego znaczna część idzie na opłatę kosztów leczenia ubogich, chorych na gruźlicę.

Muszę szczególnie podkreślić jedno spostrzeżenie, które mię uderzyło przy zwiedzaniu w roku ubiegłym szeregu instytucyj w hrabstwie Lancashire, dokąd, jako do wzorowego okręgu pod względem organizacji przeciwgruźliczej, zostałam skierowana przez Ministerstwo Zdrowia w Londynie.

Lancashire posiada małe zakłady lecznicze na 50—60 łóżek, rozrzucone po całej „county", ściśle związanemi z określonemi przychodniami i prowadzone przez urzędowych lekarzy, jednocześnie kierowników przychodni. Pomimo, że zakłady zapewniają odpowiednie wygody, dobrą opiekę, warsztaty pracy (personel jest b. dobrze wynagradzany) itd., są one tańsze, niż wielkie instytucje na setki łóżek. Tak przynajmniej twierdzi tamtejszy „tuberculosis officer" — coś w rodzaju komisarza do walki z gruźlicą.

Należy zwrócić uwagę na wysiłek, zrobiony w dziedzinie polepszenia sprawy mieszkaniowej w Anglji, która to sprawa jest uważana za najważniejszy czynnik zdrowotny, szczególnie w walce z gruźlicą. Rząd udziela na budowę tanich higjenicznych mieszkań bardzo znacznych zapomóg, wynoszących kilka miljonów funtów rocznie.

Władze państwowe sanitarne w Polsce wysunęły od początku istnienia sprawę walki z gruźlicą. W ówczesnych projektach nie brak ani jednego elementu, niezbędnego dla całości akcji przeciwgruźliczej. Działalność Rządu w ogólnych zarysach i w silnem skróceniu przedstawia się w roku 1917 w następujący sposób:

Departament Zdrowia Publicznego przy ówczesnem Ministerstwie Spraw Wewnętrznych uzyskał od okupantów zgodę na zarządzenie zgłaszania śmierci z powodu gruźlicy płuc i krtani. W tym samym roku okupacja austrjacka zgodziła się na zgłaszanie gruźlicy otwartej. Po przekazaniu spraw sanitarnych lekarzom polskim otrzymali ci ostatni polecenie zajęcia się sprawą walki z gruźlicą.

Rok 1918 stanowi pewnego rodzaju epokę: w tym roku utworzono w Ministerstwie Zdrowia referat walki z gruźlicą pod kierunkiem dra Stefana Rudzkiego. Wtedy to została wprowadzona rejestracja instytucyj przeciwgruźliczych oraz opracowany bardzo obszerny plan walki z gruźlicą i zapoczątkowano propagandę przeciwgruźliczą.

W maju tego roku został opracowany projekt ustawy przeciwgruźliczej, o którym Rada Lekarska wyraziła się z wielkiem uznaniem, uważając, że daje „mocne i trwałe" podwaliny do walki państwowej z gruźlicą i, jako taki, powinien wejść w życie jaknajprędzej.

W tym samym roku została wydana zajmująca odezwa do duchowieństwa, mająca na celu wciągnięcie tegoż do podkomisji walki z gruźlicą. Odezwa rozwija całkowity program akcji przeciwgruźliczej, kładąc nacisk na współdziałanie społeczeństwa w tej akcji.

W 1918 roku, jako skutek okólników i odezw Ministerstwa Zdrowia, stwierdza się b. znaczny ruch przeciwgruźliczy na obwodzie — wiadomości pochodzą z b. okupacji niemieckiej — a więc tworzenie oddziałów i sal dla gruźlicy w szeregu miejscowości.

Za inicjatywą lekarzy powiatowych w 28 miasteczkach przystąpiono do organizacji przychodni. Cały szereg sejmików (12) wstawił do swych budżetów fundusz na walkę z gruźlicą, zaczęto organizować kolonje letnie, zwykłe i lecznicze.

Magistrat Warszawy w tym roku zarządził wyodrębnienie gruźlików w osobnych oddziałach, tworzą się również sanatorja w Nieni i Otwocku.

Jeżeli weźmie się pod uwagę, że odnośne dane zebrane są tylko z b. zaboru niemieckiego i że akcja rozwija się w warunkach b. trudnych, należy ją podkreślić jako b. wielki krok naprzód.

W 1919 r. Ministerstwo Zdrowia zwróciło się okólnikiem do wszystkich okręgowych urzędów zdrowia (a przez nie do lekarzy powiatowych) z wezwaniem do prowadzenia intensywnej akcji przeciwgruźliczej przez zorganizowanie sieci poradni, oddziałów izolacyjnych, leżalni, uświadomienia najszerszych warstw przez propagandę. Okólnik zawiera obietnicę zwrotu $1/3$ kosztów prowadzenia poradni.

W tym samym roku wydano rozporządzenie w sprawie otwierania przy szpitalach oddziałów dla chorych gruźliczych oraz zakaz przyjmowania do pracy personelu nauczycielskiego, chorego na gruźlicę.

W tymże roku opracowano przepisy dla przychodni, obejmujące wymagania co do lokalu, urządzeń i wzoru budżetu oraz wzory sprawozdań. W tym roku również rozpoczęto inspekcje od Warszawy, gdzie zostały zwizytowane przychodnie oraz zatwier-

dzono program i organizację I-go kursu dla pielęgniarek-wywiadowczyń przeciwgruźliczych dla całej Polski. Urządzeniem kursu zajmowało się Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze.

Również w roku 1919 został opracowany obszerny memorjał w sprawie gruźlicy chirurgicznej. Należy zaznaczyć, że dotąd jest to sprawa najbardziej u nas zaniedbana.

W tym samym roku opracowano projekt budowy I-go ludowego sanatorjum.

W roku 1920, w celu przyciągnięcia społeczeństwa do akcji przeciwgruźliczej i zwiększenia dopływu pieniędzy społecznych, opracowany został projekt utworzenia związku towarzystw i instytucyj, pracujących na polu walki z gruźlicą. Centralą towarzystw miała być Główna Komisja walki z gruźlicą, któraby organizowała komisje wojewódzkie. Do składu Komisji Głównej wchodziłby Minister Zdrowia Publicznego, naczelnik Wydziału chorób zakaźnych i referent walki z gruźlicą. Do zadań komisji należałaby koordynacja działalności towarzystw społecznych, współdziałanie w tworzeniu instytucyj przeciwgruźliczych oraz propaganda. Dalsze tendencje przyciągnięcia sił społecznych do współpracy i najwybitniejszych znawców sprawy wyraziło się w utworzeniu Polskiego Komitetu zwalczania gruźlicy, do którego, między innymi, weszli najwybitniejsi lekarze-społecznicy: prof. Sokołowski, prof. Wiczkowski, Seweryn Sterling i inni. Zebranie organizacyjne przyjmuje b. szeroki i kompletny program działalności: a) wciągniecie do akcji przeciwgruźliczej samorządów, Kas Chorych, towarzystw społecznych, Tow. Czerwonego Krzyża, b) jako środki walki z gruźlicą komitet przyjmuje konieczność tworzenia przychodni, oddziałów izolacyjnych i sanatorjów, szczególnej opieki nad młodzieżą i dziećmi, organizację kursów dla lekarzy i pielęgniarek, utworzenie szkoły pielęgniarskiej, walkę z gruźlicą u bydła i szeroką propagandę drogą organizowania t. zw. dni przeciwgruźliczych. Jako schemat organizacyjny przyjęto tworzenie wojewódzkich komitetów, których regulamin opracowano. Za podstawę racjonalnej akcji komitet uznał konieczność wydania odpowiedniej ustawy. Ogólny kierunek pracy komitetu miał spoczywać w ręku Ministerstwa Zdrowia.

Tendencja „uspołecznienia" walki z gruźlicą była wysuwana przez czynniki urzędowe od dawna. Projekt utworzenia Polskiego Związku Przeciwgruźliczego spotyka się już w roku 1919. Projekt ten przechodzi różne ewolucje, przyjmując wreszcie realne kształty w roku 1924, odkąd ówczesny Generalny Dyrektor Służby Zdrowia Dr. Czesław Wroczyński jednocześnie prezes Polskiego Związku Przeciwgruźliczego nadał akcji przeciwgruźliczej bardziej społeczny charakter i rozbudował budżet rządowy na walkę z gruźlicą. Uznając ważność udziału organizacyj społecznych, Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, późniejszy Departament Służby Zdrowia, usilnie popierał i popiera organizacje Polskiego Związku Przeciwgruźliczego moralnie i materjalnie. Mając tak dużą samodzielność, towarzystwa społeczne mają możność złożenia egzaminu dojrzałości w dziedzinie programowej akcji przeciwgruźliczej.

Rok 1926 przyniósł opracowanie projektu rozporządzenia Prezydenta o zwalczaniu gruźlicy. Projekt ten nie został zatwierdzony w charakterze rozporządzenia, konieczne przeto staje się wprowadzenie pod obrady izb ustawodawczych projektu ustawy przeciwgruźliczej.

Jeśli pierwszym i zasadniczym etapem akcji przeciwgruźliczej jest praca b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego, która dała podwaliny i program zupełny, do którego możnaby dodać chyba szczegóły, jeśli drugim etapem jest pociągnięcie czynników społecznych do współpracy, to przyszła ustawa zapoczątkuje etap trzeci — obowiązek samorządów prowadzenia akcji przeciwgruźliczej na własnym terenie i własnemi siłami.

Do zakresu tego, co Rząd powinien i może uczynić dla walki z gruźlicą należy zatem: 1) ustawodawstwo, 2) legalizacja systemu walki z gruźlicą i zatwierdzanie planów, 3) nadzór, 4) finansowanie częściowe akcji.

1. Ustawodawstwo powinno uwzględnić: a) przymus zgłaszania przypadków śmierci i zachorzeń z gruźlicy, b) uprawnienie dostarczania aparatu rozpoznawczego, leczniczego i zapobiegawczego. Ustawa winna przewidzieć udział wszystkich b e z w y j ą t k u czynników, zainteresowanych w walce z gruźlicą, oraz określić ich udział finansowy. W odniesieniu do chorego należy przewidzieć możność uzyskania rozpoznania, bezpłatnego dla niezamożnych, możność leczenia każdego chorego, przytem jako kryterjum winno być przyjęte odzyskanie zdolności do pracy, zabezpieczenie chorego, niezdolnego do pracy, lub zmuszonego do zmiany zajęcia skutkiem przepisów ustawowych, wreszcie zabezpieczenie rodziny chorego na gruźlicę.

2. Do czynników rządowych winno należeć opracowanie planu polityki zdrowotnej w zakresie walki z gruźlicą przy udziale doradczym i opinjodawczym czynników fachowych. O ile akcja poradniana nie nasuwa prawie żadnych wątpliwości, o tyle sprawa lecznictwa gruźliczego nie ma określonego kierunku i charakteru. Zdawałoby się słusznem ze względów zasadniczych i oszczędnościowych popieranie leczenia domowego pod opieką lekarza przychodni. W Stanach Zjednoczonych zaznacza się silny prąd w tym kierunku; sanatorjum jest traktowane jako zakład w znacznej mierze instrukcyjny.

U nas natomiast ze względów mieszkaniowych i kulturalnych zakłady specjalne dla gruźliczych są niezbędne i należy dążyć do osiągnięcia teoretycznej liczby przynajmniej 1 łóżka na 1.000 mieszkańców.

Należy zdecydować się co do charakteru tych zakładów: czy mają to być oddziały szpitalne przy szpitalach istniejących, czy rozrzucona gęsta sieć małych specjalnych zakładów, jak tego chciał śp. prof. Sokołowski, dalej, czy te zakłady mają przedstawiać typ szpitali-sanatorjów, czy pozostaje status quo: koncepcja oddziałów izolacyjnych, które w gruncie rzeczy stają się umieralniami, i sanatorjów, do których skierowywani są chorzy bez poprzedniej obserwacji szpitalnej.

Stojąc na gruncie obecnej ustawy o zakładach leczniczych, „obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali ogólnych, otwierania oddziałów dla chorych zakaźnych w szpitalach ogólnych lub utrzymywania specjalnych szpitali zakaźnych ciąży na powiatowych związkach komunalnych i miastach, wydzielonych z powiatów, zaś szpitali specjalnych dla osób psychicznie chorych oraz dla innych kategoryj chorych, które oznaczą osobne ustawy, — na wojewódzkich związkach komunalnych".

Nasuwa się koncepcja tworzenia oddziałów obserwacyjno-izolacyjnych powiatowych, wystarczających dla powiatu, zaś jako dla kategorji „chorych specjalnych" zakładania przez związki wojewódzkie, obsługujące terytorjum województwa, wojewódzkich sanatorjów.

Wydaje się, że plan tego rodzaju, opierający się na regionaliźmie w dziedzinie lecznictwa gruźlicy, pokrywa się z zasadą terytorjalności, przyjętej w dziedzinie czynności poradni jak również znakomicie z zasadą lekarską leczenia we własnym klimacie.

Granice rejonu, obsługiwanego przez dany zakład, pokrywałyby się z granicą administracyjną, co ułatwiłoby finansowanie danej instytucji, kwalifikowanie chorych itp.

Oczywiście jest rzeczą zupełnie możliwą, że część innego województwa, ciążąca dzięki np. środkom komunikacyjnym lub warunkom terenowym czy etnograficznym, weszłaby w związek regjonalny z województwem, inicjującem budowę zakładu. Wyczuwa się tendencję Kas Chorych (co nie jest treścią mego referatu) wyodrębnienia się całkowitego w zakresie lecznictwa sanatoryjnego, byłoby jednak pożądane przystąpienie każdorazowe miejscowych oddziałów Kasy Chorych do związku celowego wojewódzkiego dla budowy sanatorjum wspólnego z czynnikami samorządowemi i społecznemi. Inicjatywa czynników oficjalnych w sprawie poczynań regjonalnych w zakresie np. rolnictwa, planów rozbudowy itp. powinnaby znaleźć wyraz w pomyśleniu planu akcji zdrowotnej, której częścią najważniejszą jest walka z gruźlicą. Rząd winien podnieść tę inicjatywę przez władze II instancji, udzielając jej moralnego i materjalnego poparcia (o czem niżej). Rolę doradczą, niezmiernie ważną, mogą tu odegrać czynniki społeczne, zorganizowane w Wojewódzkiem Towarzystwie Przeciwgruźliczem, względnie tworzące radę do spraw wojewódzkiego sanatorjum (prewentorjum), w której prócz Twa wojewódzkiego byłyby reprezentowane czynne towarzystwa prowincjonalne prowadzące przychodnię (lub więcej), uznaną za posiadającą prawa publiczności. W ten sam sposób wyobrażam sobie utworzenie prewentorjów wojewódzkich.

Reasumując pkt. 2. uważam, że do Rządu należy inicjatywa takiego planu, opracowania go w szczegółach przy udziale czynników fachowych, zatwierdzanie poszczególnych projektów regjonalnych.

Do punktu 3-go włączam nadzór nad zakładami przeciwgruźliczemi, jako kontrolę ich działalności, oraz odpowiednie ich kwalifikowanie.

Nadzór nad zakładami leczniczemi określa rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. b. r. Do czynników rządowych należy prawo wydawania pozwoleń na otwarcie przychodni przeciwgruźliczych, szpitala, czy sanatorjum oraz nadawania im prawa publiczności, zależnie od tego, czy odpowiadają przepisom sanitarnym. Z chwilą wejścia w życie odpowiedniej ustawy zostanie wydane odnośne rozporządzenie wykonawcze.

Wymagania dla przychodni przeciwgruźliczych są prowizorycznie określone w okólniku Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z roku 1926. Należy podkreślić, że rola centralnych czynników rządowych polega nie na zatwierdzaniu planów poszczególnych objektów, lecz na współpracowaniu i aprobacie projektów, dotyczących

kompleksu urządzeń przeciwgruźliczych dla pewnych terytorjów, któremi powinny być jednostki administracyjne (województwa).

Plan ten powinien obejmować cały kompleks urządzeń, a więc przez przychodnie do prewentorjów i szkół specjalnych z jednej strony, i do szpitali, sanatorjów i warsztatów pracy z drugiej. Władza nadzorcza powinna być jednolita dla wszystkich tych instytucyj iześrodkowywać w jednych rękach niezależnie od tego, pod jaką firmą zarząd istnieje.

Pkt. 4. Sprawa finansowania dotąd przedstawiała się w formie udzielania subwencyj, które wynosiły dla przychodni średnio 3 do 7% ogólnych wydatków, dla zakładów leczniczych była bardzo różna. Akcja zapomogowa była rozproszkowana i bez określonego planu, nie mówiąc o tem, że przedstawia „kroplę w morzu" ogólnych potrzeb. Ta niedostateczność udziału finansów rządowych była przyczyną przeciągania budowy pewnych zakładów, trwającej latami i strat materjalnych, wynikłych z powodu wzrostu cen w budownictwie, przez co zakład, budowany kilka lat, kosztował znacznie więcej, niż gdyby został zbudowany w ciągu 1—2 sezonów.

Z organizacją i prowadzeniem przychodni samorządy powinny sobie dać radę pod względem finansowym, szczególnie wobec tendencji porozumienia się z niemi Kas Chorych i pewnego udziału towarzystw społecznych, chociaż ten ostatni udział jest zwykle płynny i stanowi nieznaczny odsetek. Oczywiście, że pewien udział Skarbu Państwa może tu być przewidziany. Wydaje się jednak, że nie będzie to stanowiło poważnego zagadnienia finansowego.

Rząd powinien wziąć b. wydatny udział w budowie zakładów leczniczych dla gruźliczych oraz prewentorjów. Drogą najracjonalniejszą byłoby stworzenie znacznego funduszu pożyczkowego, przeznaczonego na cele pożyczek dla samorządów (związków celowych) itp. dla budowy wymienionych zakładów. Utworzenie takiego funduszu stanie się sprawą palącą z chwilą wejścia w życie odpowiedniej ustawy.

Jest tendencja ustawodawstwa przerzucenie ciężarów zakładania i utrzymywania zakładów leczniczych na samorządy. W obawie, aby zarządzenie nie pozostało na papierze skutkiem trudnych warunków finansowych samorządów, należy tym samorządom przyjść z wydatną pomocą. Należy zaznaczyć również wydatny udział Rządu w finansowaniu budowy i utrzymania szkół pielęgniarskich.

Ponadto wysuwa się zagadnienie uzdrowisk dla chorych gruźliczych. Jest to sprawa niezmiernie ważna i dotad u nas nieuporządkowana. Departament Służby Zdrowia, uznając jej ważność, postawił ją na porządku dziennym pierwszego posiedzenia Naczelnej Państwowej Rady Zdrowia polecając mi opracowanie odpowiedniego referatu. Należy podkreślić, że władze centralne państwowej służby zdrowia potraktowały temat z całą otwartością, nie zamykając oczu na cały szereg niedomagań i braków w tej dziedzinie.

Streszczając krótko referat, przytoczę te postulaty, które uważać należy za najpilniejsze: 1) konieczność utworzenia okręgów sanitarnych dla grup uzdrowisk, względnie miejscowości, które mogą stać się uzdrowiskami. Okręgi podkarpackie mogłyby objąć np. pewne doliny, a więc 1. Dolina Prutu — Jaremcze, Worochta, Mikuliczyn, Delatyn, Tatarów, 2. Dolina Oporu — Skole, Hrebenów, Tuchla, 3. Dolina Dunajca — Szczawnica, Krościenko, Czorsztyn, Sromowce Wyżnie, 4. Okolice Zakopanego: Olcza, Poronin, Bukowina, Murza-Sichle.

2. Utworzenie komisyj uzdrowiskowych.

3. Opracowanie i zatwierdzenie planów regulacyjnych i regjonalnych uzdrowisk.

4. Opracowanie dla tych uzdrowisk szczegółowych przepisów sanitarnych.

5. Zaopatrzenie tych miejscowości w dobrze urządzone i zaopatrzone w środki diagnostyczne przychodnie.

6. Kontrola istniejących tam sanatorjów i ich regulaminów.

7. Uregulowanie sprawy transportu chorych gruźliczych do uzdrowisk.

Postulaty te są rozwinięciem postanowień znowelizowanej ustawy o uzdrowiskach z roku bieżącego.

Sprawą niezmiernie ważną, choć zdawałoby się związaną tylko pośrednio z zagadnieniem gruźlicy, jest sprawa mieszkaniowa. Rozporządzenie Prezydenta z dnia 16. II. 1928 r. o prawie budowlanem i zabudowaniu osiedli przewiduje plany zabudowania dla miast i miasteczek. Plany powinny uwzględniać wymogi zdrowotne.

Przepisy zarówno dla gmin miejskich i uzdrowisk, jak i dla gmin wiejskich, przewidują odpowiednią wysokość pomieszczeń, wielkość okien, wzniesienie podłóg nad powierzchnią itp. Należy oczekiwać, że to rozporządzenie będzie miało duży wpływ na podniesienie zdrowotności a w szczególności na spadek liczby zachorzeń na gruźlicę. Doniosłą rolę odegra tu konsekwentne przeprowadzenie tej ustawy w życiu drogą kontroli rządowej i ułatwień finansowych.

Do zakresu czynności urzędowych należy wydawanie zarządzeń i wykonawstwo w dziedzinie kontroli mleka i zakażonego gruźlicą bydła.

Poważnem zagadnieniem jest sprawa pracy i zarobkowania dla gruźlików-chroników, których dalsze leczenie jest bezcelowe. Należy liczyć się z tem, że t. zw. „zdolny do pracy" chory na gruźlicę posiada zaledwie 50% zdolności do pracy. Zatrudnienie tych ludzi, danie im możności pozostawania pożytecznymi członkami społeczeństwa i utrzymania się o własnych siłach jest sprawą, nad którą powinno się zastanowić Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej.

Tyle o roli czynników rządowych.

Zaznaczyć tu należy, że centralne władze państwowe służby zdrowia posiadałyby 2 organy doradcze: Naczelną Państwową Radę Zdrowia z odpowiednią komisją, na której obrady przychodziłyby pewne zagadnienia organizacyjne ogólnopaństwowego znaczenia ze względu na udział w Radzie przedstawicieli ministerstw, instytucyj naukowych i ubezpieczeniowych, oraz Polski Związek Przeciwgruźliczy do spraw fachowo-lekarskich, reprezentujący ważki głos społeczeństwa, zorganizowanego w towarzystwach o charakterze prywatnym, i prowadzący akcję propagandową na szeroką skalę i instrukcyjną w zakresie kształcenia personelu i techniki pracy przychodnianej.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. B. GRULEWSKI. Mor. Ostrawa.

Sprawozdanie z kongresu neurologów w Hamburgu (13. IX. — 15. IX. 1928.

Głównym tematem tegorocznego kongresu był: *wegetatywny układ nerwowy*. Referentami byli: W. Braeucker (Hamburg), E. Schilf (Berlin), I. P. Karplus (Wiedeń), E. P. Pick (Wiedeń), E. Frank (Wrocław), H. Curschmann (Rostock). W. Braeucker referuje *anatomję i chirurgję* systemu nerwowego. Omawia więc wszelkie, nowe zdobycze anatomiczne z punktu widzenia chirurga, który zabiegiem stara się usunąć chorobę względnie ból. I tak między innymi zajmuje się migreną z porażeniami ocznemi (Moebius), która ma swe źródło nie w n. współczulnym (części szyjnej), a w trigeminus, wreszcie przechodzi do etjologji neuralgji Sludera, która nie polega na schorzeniu ganglion sphenopalatinum, lecz części końcowej aparatu nerwowego szczęki górnej, a bóle stąd biegną przez trigenimus i sympatikus do centrum. Włókna wegetatywne, idące od sympatikus i vagus lub innych nerwów mózgowo-rdzeniowych tworzą na poszczególnych narządach osobne zwoje nerwowe, w których nie można już rozróżnić włókien współczulnych od innych. Zwoje te nerwowe z punktu anatomicznego są samoistnemi tworami, mającemi fizjologicznie zdolność samoistnego życia, nawet gdy tracą połączenie z centrum. Właściwość tę posiadają nawet przy braku komórek ganglionowych. Morbus Basedowa nie da się chirurgicznie uleczyć z powodu szczególnego unerwienia gruczołu tarczykowego, podobnie i angina pectoris jakoteż i asthma bronchiale; kryzy zaś gastryczne, o ile zabieg wykonany jest centralnie, mają pewne widoki zdaniem Foerstera.

b) E. Schilf (Berlin), omawia *fizjologję roślinnego układu nerwowego*, a więc fizjologję obwodowych gangljów współczulnych, uwzględniając zdobycze histologiczne Stöhra młodszego. Następnie omawia nowe zapatrywania co do czynności obwodowych splotów nerwowych a więc szczególnie ich rytmiczność, mająca być właściwością organów roślinnych, czego jednak nie udowodniono dotychczas dostatecznie. Czynność narządów roślinnych regulują nietylko nerwy, ale i ciała we krwi się znajdujące, np. hormony (adrenalina, pituitryna), lub następowo powstałe związki histaminowe. Obecność tych związków chemicznych utrudnia — rzecz jasna — zbadanie czynności roślinnych nerwów: dzięki im też nie następuje zwyrodnienie organu po przecięciu odnośnego nerwu roślinnego. Wreszcie omawia szybkość przewodnictwa w nerwie roślinnym, która nie dorównuje szybkości w nerwach mózgowo rdzeniowych z wyjątkiem uczucia bólu narządów jamy brzusznej. Toż samo tyczy się i chronaksji; wreszcie zajmuje się referent unerwieniem naczyń, które powoduje ich rozszerzanie i zwężanie. Właściwość ta jest w związku z fizjologią humoralną.

c) I. P. Karplus (Wiedeń): *fizjologja ośrodków roślinnych*. Ośrodki te wywierają stały toniczny wpływ na narządy i działają regulująco przez swą odruchową pobudliwość. Istnieją ośrodki podniecające i zwalniające, a są podporządkowane ośrodkom rośli-

nym wyższego rzędu. Prawdopodobnie podniecającemu działaniu nerwu współczulnego towarzyszy zawsze zwalniające działanie nerwu parasympatycznego i naodwrót. W hypothalamus wykazano ośrodek regulujący równowagę ciepła i zapotrzebowanie wody. Stąd też i z rdzenia przedłużonego odbywa się regulacja przemiany materji. W rdzeniu przedłużonym jest ośrodek naczyniowy. Corpus striatum wywiera regulujący wpływ na liczne czynności wegetatywne. Nie wykazano dotychczas centrów troficznych, któreby wyłącznie służyły odżywczej przemianie materji. Wreszcie omawia referent zagadnienie snu. Konieczne są dalsze badania.

d) E. P. Pick (Wiedeń): *Farmakologja roślinnego układu nerwowego:* Istnieją środki lekarskie i trucizny które mają swoiste powinowactwo do ośrodków roślinnych i narządów końcowych. Działanie farmakologiczne zawisłe jest nadto od wielkości dawki od jej stężenia i czasu trwania działania, jakoteż od każdorazowej wrażliwości odnośnych części układu nerwowego. Nie da się więc ściśle przeprowadzić podział na środki sympatyczne i parasympatyczne, a nawet może być działanie odwrotne (amphotropiczne). Środki lekarskie, działające na zakończenie nerwów roślinnych (więc i na narządy końcowe) znamy lepiej niż te, które działają na ośrodki. Do pierwszych zaliczamy pobudzającą adrenalinę, porażającą ergotoksynę — co do sympatikus — jakoteż grupę muskarynową, — pobudzającą — i grupę atropinową — porażającą — co do parasympatikus. Nadto sole Ca, K, hormony nadnercza, gruczołu tarczykowego gl. parathyr., gruczołów płciowych itd. oddziaływują bezsprzecznie na system roślinny.

Wreszcie omawia referent działanie środków nasennych, narkotyków, antipiretyków, morfiny i atropiny itd. które w pewnych dawkach działają na pewną ściśle ograniczoną, część mózgu (nader ciekawe doświadczenia z magnesium jako środkiem nasennym). Skoro środki te dłużej działają lub o silniejszych są dawkach wywołują i w innych częściach mózgu drugorzędne odczyny, powodując działanie mieszane, podniecające lub przytłumiające roślinne ośrodki. W ten to sposób można w przybliżeniu określić punkt zaczepienia środków lekarskich, jakoteż i działanie pewnych miejsc w mózgu. Odpowiednie mieszanie środków lekarskich z różnymi punktami zaczepienia w centrum, może różne celowe wywoływać skutki. Nadto środki lekarskie mogą pobudzić lub też hamować ośrodki roślinne nie tylko bezpośrednio ale i pośrednio na drodze odruchowej z obwodu. Wreszcie zawisła jest pobudliwość ośrodków od chemicznej i fizycznej jakości krwi (woda, sól, zawartość cukru i t. d.). Jako doświadczalnie udowodnionem przyjąć można, że w corpus striatum, thalamus, regio subthalamica, w tuber i hypophysis, w corpora quadrigemina, wreszcie w medulla oblongata i spinalis są ośrodki roślinne, na które możemy oddziaływać środkami lekarskiemi. W zwykłych warunkach są one w równowadze i mogą być pobudzone lub hamowane albo z kory mózgowej lub też z obwodu, jakoteż przez krew.

e) E. Frank, Wrocław: *Klinika i patologja roślinnego układu nerwowego:* Z całej pełni zagadnień, w grę tu wchodzących, omawia prelegent cztery: 1) Problem somatycznej wegetatywnej neurozy, 2) Znaczenie centrów w śródmózgowiu dla patologji, 3) Wrażliwość wegetatywną, 4) Schorzenia organiczne jako skutek czynnościowych zaburzeń układu roślinnego.

Ad 1) Przyjmując teorje Fr. Krausa (wielki system roślinny), jakoteż hipotezy Krausa i Zondeka i Howella Zondeka (sympatikus i adrenalina-calcium parasympatikus i acetylcholin-kalium), dochodzi do wniosku, że nieprawidłowe odczyny roślinne unerwionych narządów nie muszą polegać na stałym napięciu, lub na nadwrażliwości ośrodków i że farmakodynamiczne próby nie wystarczają, by wykazać wagotonję lub sympatikotonję, sensu strictiori. Odnosi się to zastrzeżenie szczególnie do pilokarpiny, atropiny i adrenaliny, które wcale nie działają na vagus ani na sympatikus lecz na wegetatywną część ruchową komórki. Za silny odczyn na farmakologiczne środki tak sympatiko- jak i parasympatikomimiczne jest znamieniem nienormalnej wrażliwości narządu. Pseudovagotoniczny zespół objawów stwierdzamy przy różnych postaciach tetanji (brak jonów Ca w sokach). Histamina wyzwalająca się z komórek wywołuje anafilaktyczny schock. Prawdziwą wagotonję widzimy po wymóżdżeniu, u ludzi zaś spotykamy ją w paralysis agitans i w parkinsionismie: ślinotok, łzawienie, hydrorrhea nasalis, poty, uczucie gorąca, zwyższona temperatura skóry z powodu rozszerzenia naczyń tętniczych, ograniczone obrzęki, supersekrecja gruczołów, bezwiedne oddawanie moczu i stolca. Sympatokoniczny kompleks widzimy w wielu przypadkach thyreotoksikozy.

Ad 2) Przyjmuje się istnienie szeregu ośrodków roślinnych w szarej części hypothalamus, i tak ośrodek regulujący ciepłotę, ośrodek dla utrzymania równowagi, wody, soli, węglowodanów, białka tłuszczu, i ciał purynowych, itd. Referent przyjmuje tylko istnienie ośrodka ciepłoty, inne odrzuca lub kwestjonuje, przypisując ważny wpływ mechanizmowi humoralnemu. Ze stanowiska patologa jest rola ośrodków roślinnych bardzo wątpliwa. Choroba Basedowa, cukrzyca, diabetes insipidus, konstytucjonalne otłuszczenie — z punktu patogenezy — nie są neurozami. Pewnem jest jednak, że silne wyładowanie się centrów (na tle afektów) są jednym z momentów wywołujących chorobę. Możliwe, że z wiekiem przeważają zaburzenia w ośrodkach — esentionalna hipertonja, łagodna cukrzyca u starszych ludzi, zaburzenia przy przekwitaniu, — ale i tu podnięty humoralne są ważnym czynnikiem, jakoteż i hormonalny brak równowagi.

Ad 3) Wrażenia z organów wewnętrznych idą drogami roślinnemi. Uczucie bólu, np. przy angina pectoris, kolkach, zdaje się odczuwamy za pośrednictwem n. współczulnego. Dają się one usunąć przez znieczulenie paravertebralne. Nie jest wykluczone, że i vagus pośredniczy w niektórych sensacjach, np. przy nudnościach, (jama brzuszna) lub przy uczuciu strachu i zniszczenia, przy nagłych uszkodzeniach mięśnia sercowego. Na przykładzie anginy pectoris widzimy jak trudno ocenić, co właściwie powoduje atak bólu, czy skurcz ścian naczyniowych, czy też ich rozciągnięcie, czy niedokrwienia.

Ad 4) Referent omawia kwestję powstawania organicznych schorzeń z czysto czynnościowych roślinnych zaburzeń np. przy chorobie Raynauda, wrzodzie żołądka, schorzeniu dróg żółciowych, przy samoistnych rozszerzeniach przełyku, i miażdżycy.

f) H. Curschmann (Rostock): *Somatyczna symptomatologja nerwic narządów.* Ilość nerwic kurczy się w miarę postępu nauki. Odpadły liczne, nerwice trawienne, gdy wykazano, że ich powodem jest wrzód żołądka lub dwunastnicy, lub gastritis praeulcerosa, schorzenia woreczka żółciowego, wiąd rdzenia, zatrucie ołowiem, itd., albo równoważnik migreny, lub thyreotoxikosa. Istnieją jednak schorzenia, które i dzisiaj uważamy za nerwice, gdyż ich psychiczna geneza i uleczalność, jakoteż brak somatycznych zmian przemawiają za monosymptomatyczną nerwicą, np. połykanie powietrza, przeżuwanie u dorosłych, kardiospasmus, pylorospasmus itd. Wiadomo jednak, że z wyjątkiem przeżuwania mogą one być objawem miejscowych zmian anatomicznych np. wrzodu lub zaburzeń roślinnych, stojących atoli poza kręgiem nerwic np. migreny alergicznej lub innych odczynów alergicznych, thyreotoksikozy, tetanji, i ich równoważników. Istnieją więc stany przejściowe od wyżej wspomnianych syndromów i wegetatywnych nerwic, — do nerwic narządów.

W dalszym ciągu omawia symptomatologję nerwic żołądkowych, których geneza może być bardzo różna, np. jako równoważnik migreny, tetanje, thyreotoksykozy, allergje, lub psychiczne działanie. Ta „polygenja" jest charakterystyczną właściwością wszystkich nerwic narządów, a więc spotykamy ją i przy angiospastycznych reakcjach mózgu, serca, w zakresie splanchnikus, nadto przy asthma, przy nerwowych obrzękach i innych wysiękowych sprawach. Prawdopodobnie znajdziemy analogje i w drogach żółciowych i w jelicie grubem, jakoteż i w nerwicach dróg moczowych (urina spastica, w padaczce, napadzie histerycznym lub migreny), również przy stanie podniecenia, strachu i odpowiedniej sugestji. Znane są nerwice pęcherza (incontinentia) nie mówiąc już o zaburzeniach w sferze seksualnej, gdzie trudnoby było wyemancypować się i skasować pojęcia nerwic. Wszystkie więc narządy, jakoteż czynności, pozostające pod wpływem układu współczulnego lub parasympatycznego, mogą być siedliskiem schorzeń. Niezupełnie jasnemi są schorzenia, które tłumaczymy „konstytucją", np. (dziedziczne przeżuwanie), jaśniejszemi zaś, o ile są następstwem „pozostałością" anatomicznych zmian, występujących w postaci fobji np. przymusowe oddawanie moczu, stolca lub przymusowe wymioty itd. Konieczne jest dokładnie śledzić poligenetyczną patogenezę każdej nerwicy narządu a da się wykryć często patologiczny refleks warunkowy. Na drodze więc psychoterapji przy równoczesnem stosowaniu leków systemu wegetatywnego da się usunąć nerwicę, chyba, że zaburzenia już zbyt długo trwały. To też pierwszym warunkiem uleczalności nerwic — kończy referent — jest wczesne rozpoznanie i wczesne stosowanie odpowiedniego leczenia.

W sprawie głównego tematu, przemawiali nadto, W. Cymbal, (Altona) i B. Gruenzweig (Mor. Ostrawa).

W. Cymbal: *Wegetatywny równoważnik stanów depresyjnych.* Wegetatywne neuresy występują często jako zamaskowane napady psychozy maniakalno - depresyjnej. Cymbal rozróżnia cztery formy: pierwsza — thymogeniczne stany depresyjne z typowymi polami Heada, nazywa ją neurozą neurasteniczną. Druga — endogeniczna. bez pól Heada występuje często u pykników ze zmianami w nerkach, żołądku, jelitach. (w Roentgenie często atonja żołądka), uczucia globus bardzo często zwisające górne powieki. stały ubytek na wadze, mocz bardzo wysycony, hipotonja. (Według Cymbała ciśnienie 80 do 100 maksimum i 40 do 60 minimum, występuje we wszystkich konstytucjonalnych, endokrinnych i endogenicznych

stanach depresyjnych. U neurasteników jest ciśnienie zmienne a nawet zwyższone. W okresie dojrzewania, jakoteż w praeklimakterjum wynosi ciśnienie 40 do 80 minimum, 130 do 150 maksimum. Amplituda mniejsza niż 30 przy maksimum, poniżej 100 występuje przy endogenicznych stanach depresyjnych i ich równoważnikach, jakoteż przy toksycznych schorzeniach wegetatywnego systemu i endokrynnych niedomogach. Trzecia forma: hormonalne i humoralne stany depresyjne, spotykamy np. w klimakterjum i w okresie po dojrzewaniu, a są przystępne dla fosforu i organoterapji. Czwarta forma: depresje poluetyczne i pogrypowe, przyczem stwierdzamy ogólną atonję, bóle w tyłoglowiu i karku, zawroty, brak apetytu, bezsenność, ataki migreny, okresowo występujące, bóle pod mostkiem, jakoteż zapowiedź aortitis. Geneza wegetatywnych równoważników jest tak przy endogenicznych, jak i przy thymogenicznych depresjach, psychicznie uwarunkowana. Psychopatyczne znaczenie przypadkowych objawów, można często wykazać, śledząc przeżycia badanego. Uświadomienie genezy schorzenia może działać leczniczo. Analiza przypadku jest w każdym razie ważnym wskaźnikiem krytycznym dla lekarza.

Dr. Gruenzweig (M. Ostrawa): *Leczenie zaburzeń układu wegetatywnego ciałami proteinowemi.* (Ukaże się w całości w Polskiej Gazecie Lek.).

Prócz tego wygłoszono cały szereg odczytów i tak między innymi: Kinnier Wilson (Londyn): *Patogneza ruchów mimowolnych ze szczególnem uwzględnieniem Chorei.* A. Wimmer (Kopenhaga) przedstawia dwa drzewa genealogiczne rodzin z zaburzeniami w gruczołach z wydzieliną wewnętrzną, (Basedow, hiperthyreozy, psychiczne zaburzenia, maniakalno-depresyjne itd. w pierwszej rodzinie), podczas gdy w drugiej liczne przypadki astenji, infantilismu (psychiczny i cielesny), Basedow, skrofulosa, tuberkuloza i zboczenia umysłowe. Foerster (Wrocław) mówi o *vasodilatorach w obwodowych nerwach i w tylnych korzonkach.* Hansen (Heidelberg) *o nierówności źrenic, jako symptomie chorób wewnętrznych,* a G. Steiner z Heidelbergu demonstruje *krętki w mózgu ludzkim przy sclerosis multiplex.*

OCENY.

J. Mackenzie i J. Orr: *Choroby serca* — zasady rozpoznawania i leczenia — z III. wydania angielskiego przetłumaczył Dr. J. W. Grott — z przedmową Prof. Dr. W. Orłowskiego, Trzaska, Evert i Michalski, Sp. Akc. Warszawa, 1928, str. 253.

Dzieła Mackenziego mają tyle cech praktycznie ważnych, że przyswojenie jednego z nich dla czytelników polskich należy powitać z wielkiem uznaniem. Konstrukcja dzieł M. ma przytem zawsze specjalne zabarwienie swoiste a właściwe temu znakomitemu angielskiemu kardjologowi i odbiega od schematów, do których jesteśmy przyzwyczajeni zwlaszcza w piśmiennictwie naukowem niemieckiem, tak, że może więcej pobudzić czytelnika do samoistnego myślenia niż cały szereg dzieł innych, traktujących o tym samym przedmiocie.

Główną zaletą omawianej książki stanowi przytem „ustawiczne podkreślanie doniosłości badania czynnościowego serca oraz opieranie rozpoznania stanów chorobowych serca na wynikach jego badania za pomocą zwykłych metod badania dostępnych każdemu lekarzowi „co słusznie podnosi Orłowski w przedmowie do tłumaczenia". A tłumacz wywiązał się doskonale ze swego niewdzięcznego zadania. Kto zna styl oryginalny Mackenziego ten wie dobrze jak trudno nieraz jest na język polski przetłumaczyć jego myśli i sposób rozumowania, ażeby nie dać zdań niejasnych i niezrozumiałych dla naszego czytelnika, który do oryginalnego sposobu przedstawienia nie jest przyzwyczajony. Grott potrafił wżyć się doskonale w sposób myślenia i dowodzenia M. i tem samem uprzystępnić dzieło ważne dla praktyka jak i teoretyka.

Treściowo dzieło same autor podzielił na cztery części. W I-ej omawia M. niedomogę sercową, podnosząc jej znaczenie w rozpoznaniu i leczeniu. W II-giej części przedstawia zaburzenia mechanizmu regulującego serce, zajmując się w niem obszernie rozmaitymi typami nieprawidłowego rytmu serca. W części III-ciej zatrzymuje się nad innemi schorzeniami serca, z wyjątkiem zaburzeń w mechanizmie regulującym, omawiając w krótkości powstanie i znaczenie szmerów sercowych, choroby mięśnia sercowego przewlekłe i ostre i znaczenie zaburzeń w ciśnieniu tętniczem krwi. W IV części krótko skreśla podstawy rokowania i leczenia chorób serca. Tu podnosi głównie znaczenie lecznicze spoczynku i naparstnicy. Warto przytem przytoczyć zdanie Mackenziego o działaniu leczniczem Nauheimu, które dla wielu naszych lekarzy będzie wprost zdawało się herezją. Zdaniem M. wpływ Nauheimu nie polega na jakichś szczególnych zaletach jego wód, używanych do kąpieli, ale korzystne działanie jest tu wynikiem systematycznie przeprowadzonego wypoczynku i spokojnej atmosfery uzdrojowiska jak i wzniecenia wiary w skuteczność leczenia. Rozgłos jaki mają naturalne kąpiele w Nauheim zdaniem M. zalezy przedewszystkiem od ogłoszeń, więc dobrej reklamy. Nad działaniem innych środków, stosowanych w schorzeniach serca, autor zatrzymuje się dość krótko.

Nienużący sposób przedstawienia tematu, dobre polskie tłumaczenie, oto zalety, które powinny wielu zachęcić do przeczytania omawianego dzieła, a ono będzie mu nieraz drogowskazem do racjonalnego leczenia chorych w praktyce prywatnej.

M. Franke (Lwów).

Natalja Zandowa: *Splot naczyniasty.* Nakładem Warsz. Tow. Naukowego. 1928, str. 120.

Bardzo starannie i źródłowo opracowana monografja rozpada się na dwie części. W pierwszej autorka zestawia dane z embrjologji, anatomji i histologji splotu naczyniastego, następnie bardzo obszernie, bo na 54 stronicach omawia fizjologję splotu. Poddaje gruntownemu krytycznemu przeglądowi ogromną ilość niezmiernie rozbieżnych zapatrywań na główne zadanie splotu naczyniastego, tj. na produkowanie płynu mózgowo-rdzeniowego, poczem dochodzi do wniosku, że najlepsze będzie określenie płynu m.-rdz. jako wydzieliny splotu o cechach chializatu. Szczegółowo są zebrane dane odnośnie składu chemicznego oraz rozmaite poglądy na stosunki ciśnienia oraz krążenia płynu m. - rdz. Dużo miejsca poświęca autorka sprawie t. zw. barjery ochronnej, którą to rolę, jej zdaniem spełniają histiocyty, należące do układu siateczkowo-śródbłonkowego i rozmieszczone w obrębie opon mózgowo - rdzeniowych splotu i naczyń tkanki nerwowej. Oprócz barjery ochronnej zewnętrznej, wyróżnia autorka jeszcze barjerę wewnętrzną (membrana gliae limitans), która jednak wchodzi w grę jedynie w przypadkach uszkodzenia barjery zewnętrznej. Przepuszczalność barjery ochronnej, rozmaita dla różnych ciał, zarówno zawartych we krwi jak również jej obcych, zmienia się w stanach chorobowych.

Część druga, poświęcona patologji splotu naczyniastego, omawia kolejno ogólne zmiany chorobowe splotu i wyściółki, następnie rozpatruje szczegółowo zmiany splotu w zapaleniu opon nagminnem, gruźliczem, pneumokokkowem, w wągrowatości, kile i otępieniu wczesnem, w nowotworach, miażdżycy i alkoholizmie i t. p. Nagół zmiany spostrzegane w obrębie splotu naczyniastego dzieli autorka na dwie wielkie kategorje: na zmiany ostre, cechujące się pierwotnem zwyrodnieniem nabłonka, tkanka łączna może równocześnie wykazywać bądź bujanie komórek bądź objawy zwyrodnienia, oraz na zmiany przewlekłe, charakteryzujące się bujaniem składników tkanki łącznej komórek, włókien i histiocytów. Część druga jest bogato ilustrowana rysunkami z oryginalnych preparatów mikroskopowych. Niestety, wykonanie tych rysunków pozostawia, jak zresztą w większości wydawnictw polskich, bardzo wiele do życzenia, można powiedzieć, że praca traci ogromnie, gdyż na niektórych rysunkach nic absolutnie nie widać. Byłoby bardzo pożądane, aby autorowie, a zwłaszcza wydawcy dokładali więcej starań do strony ilustracyjnej, bo w obecnych warunkach trudno się zdecydować na ogłoszenie pracy, zawierającej rysunki czy mikrofotografje.

Choć poświęcona specjalnemu zagadnieniu z zakresu fizjopatologji mózgowej, książka ta zasługuje na jak najszersze rozpowszechnienie, a to ze względu, że porusza szereg spraw, posiadających znaczenie nietylko dla specjalisty neurologa, lecz dla każdego lekarza.

Dr. St. Leśniowski.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna, rok II, nr. 49 — 50, z 22 grudnia 1928: St. Klein: Niedokrwistość złośliwa (Anaemia perniciosa). — J. V. Supniewski i S. Kruszczyński: Badania nad własnościami syntetycznych związków sympatikotonicznych. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego (dok.).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 52 — 53, z 23 grudnia: D. Rucki: Chemiczne wykazywanie krwi przy analizach sądowych. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Gruźlica, rok III, nr. 5. za wrzesień - październik 1928: Sprawozdanie z III Ogólno - Krajowego Zjazdu przeciwgruźliczego

w Poznaniu. — L. Karwacki: O postaciach niekwasoodpornych jadu gruźliczego. — Paradistal: Organizacja szczepów przeciwgruźliczych. — Zeyland: Szczepienia przeciwgruźlicze sposobem Calmette'a w Poznaniu. — K. Jonscher: Ostre postacie gruźlicy płuc w wieku dziecięcym. — S. Popowski: Dokołaogniskowe nacieczenia u dzieci starszych. — M. Skokowska-Rudolfowa: Udział Rządu w walce z gruźlicą — Bogucki: O skoordynowaniu organów rządowych, samorządowych i społecznych w walce z gruźlicą. — H. Kłuszyński: Skoordynowanie organów państwowych, ubezpieczeniowych i społecznych w walce z gruźlicą i finansowanie tej walki. — L. Węgrzynowski: Rola czynnika obywatelskiego w społecznej walce z grulicą.

Medycyna praktyczna, rok II, zeszyt 12, z r. 1928: M. Stabrowski: Ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych u 4-miesięcznego dziecka na tle paciorkowcowem. — H. Danecki: O leczeniu pryszczycy. — W. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza praktyka.

Dziecko i matka, rok III, nr. 12, z r. 1928: Choinka. — L. Krzemieniecka-Wolicowa: I tam także... — Al. Maliszewski: Kupujmy uważnie. — W. Borudzka: Saneczki. — M. Miłobędzka: Czy należy dzieciom wkładać śniegowce. — I. Prażmowska: Wychowanie estetyczne. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Higjena wzroku. — E. Pieracka: Znaczenie zakładów położniczych dla rodzących. — Dr. T. Ciosłowski: „Wiek szkolny". — Matki między sobą.

Zdrowie, rok XLIII, nr. 12, z grudnia 1928: Od redakcji. — W. Borkowski: Reglamentacja, czy abolicjonizm? — T. Załęski: Badanie słuchawek telefonów łódzkich na obecność laseczników gruźlicy. — Dział sprawozdawczy.

Wiedza lekarska, rok II, zeszyt XII, z grudnia 1928: A. Ceytlin: Znieczulenie miejscowe w małych zabiegach operacyjnych na macicy.

Archiwum historji i filozofji medycyny oraz historji nauk przyrodniczych, tom VIII, zeszyt 2, z r. 1928: A. Knot: Dwór lekarski Stefana Batorego. — Edward Loth: Gdańska szkoła anatomiczna (dok.). — Ludwik Zembrzuski: Działalność Izydora Kopernickiego w Rumunji w latach 1864—1871. — Jan Tur: Trzechsetlecie Harvey'a. — Bol. Namysłowski: Nieznane listy Jonstona z Szamotuł, wielkiego przyrodnika XVII wieku. — Stan. Trzebiński: Metoda wynajdowania wskazań lekarskich podług Chałubińskiego przed pół wiekiem i dzisiaj. — Adam Wrzosek: Józef Mianowski — Listy do Kazimierza Krzywickiego (c. d.).

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 45, z 27 grudnia 1928: E. Flatau: O epidemji zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce (1928 r.) i stosunku tego zapalenia do t. zw. śpiączki (encephalitis lethargica), do powikłań nerwowych w niektórych chorobach infekcyjnych i do ostrych przypadków stwardnienia wieloogniskowego (dok.). — M. Prokopowicz-Wierzbowska: Poglądy na sprawę szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmette'a (streszcz. zbior., dok.). — Lekarz z Górki: Kolonja lecznicza dziecięca im. Rektora Józefa Brudzińskiego.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, tom VI, zeszyt 2, z r. 1928: S. Cytronberg: Badania nad wzajemnem ustosunkowaniem się ilości kwasów i zasad, wydalanych w przewodzie pokarmowym w różnych stanach chorobowych żołądka. — Z. Czeżowska i J. Goertz: Wpływ ergotaminy na poziom cukru we krwi u ludzi zdrowych i chorych. — J. W. Grott: Zawartość cukru we krwi w ostrych chorobach zakaźnych. — J. Nussbaum: O wartości prób czynnościowych trzustki. — K. Rachoń i J. Walawski: Badania nad wpływem histaminy na wydzielanie soku żołądkowego u człowieka z przetoką żołądkową. — Z. Świder, N. Kon i M. Mancewiczówna: Badania nad grupami serologicznemi krwi u gruźlików. Grupy krwi, a przebieg kliniczny gruźlicy. — Z. Tomanek: O przetaczaniu krwi. — J. Tumidajski: Roentgenodiagnostyka cierpień woreczka żółciowego i jej znaczenie dla kliniki. — M. Goldman (jun.): Układ roślinny i jego znaczenie w świetle współczesnych poglądów.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, tom VI, zeszyt 4, z r. 1928: K. Dobrowolski: Przypadek zespołu Adams-Stockesa na tle zaburzeń przewodnictwa mięśnia sercowego. — J. Eisenfarb: Badania porównawcze nad ilościowem określeniem kwasów żółciowych w płynach ustrojowych zapomocą metod: kolorymetrycznej, fluorescyjnej i gazometrycznej. — P. Jacob, A. Soulas i St. Paradistal: Technika i znaczenie kliniczne bronchografji. — J. Laskowski i H. Gnoiński: Badania nad mechanizmem powstawania t. zw. poblokadowego przecukrzenia krwi. — H. Lubieniecki i L. Skubiszewski: Przypadek wrodzonego zwężenia stożka prawego tętniczego z jednoczesnym ubytkiem podaortowym przegrody międzykomorowej u osobnika 54-letniego, rozpoznany za życia, jako zwężenie ujścia żylnego. — J. Piechowska: Z kazuistyki poliglobulji. — B. Pohorecka-Leleszowa: Mikroanalityczne określanie siarki w cieczach ustroju. — L. Ptaszek i M. Szupersk i: Tarczyca a przemiana spoczynkowa. — E. Reicher: Wpływ ćwiczeń cielesnych na podstawową przemianę materji u sportowców wraz z uwagami o działaniu tych ćwiczeń na ustrój ludzki. — S. Cytronberg: Nowoczesne zdobycze w dziedzinie patogenezy i leczenia niedokrwistości złośliwej.

Położna, rok II, nr. 1, ze stycznia 1929: Dr. Steinberg: Co każda położna powinna wiedzieć o narkozie. — Dorawski: Znaczenie wychowania fizycznego dla przyszłości narodu i państwa.

Higjena życia codziennego, rok III, nr. 12, z 15 grudnia 1928: Rozmaite artykuły popularne z dziedziny higjeny życia codziennego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Bratislavske lekarske listy.

Nr. 7. 1928 r.

Dr. N. Šeparović: *Jajnikowy hormon w zastosowaniu praktycznem*. Jajnikowy hormon istnieje prawdopodobnie tylko jeden. Skład hormonu jest nieznaczny, jest on krystaloidem, rozpuszczalnym dobrze we wodzie i w lipoidach. Wytwarza go narząd pęcherzykowy. W okresach ciąży znajdujemy go w znacznej ilości w łożysku (tworzenie, czy tylko gromadzenie się?). Hormon ten — „follikulina" — przyczynia się do rozwoju pierwszorzędnych i drugorzędnych oznak płciowych i kieruje płciowym cyklem w płci żeńskiej. Wpływ na cały ustrój jest dotychczas mało zbadany. Tworzenie się follikuliny stoi pod budzącym wpływem wydzieliny przedniego płatu przysadki mózgowej. Hormon jajnikowy działa również przy obniżonej czynności jajnikowej, drogą doustną. Na klinice autora używa się „Valrosanu" firmy „Chionion". Oprócz przetworu jajnikowego zawiera on cenne nervinum „alboman" (isopropylbromacetylkarbamid). Wyniki osiągnięte tym przetworem są nadzwyczaj zadowalniające.

Nr. 9. 1928 r.

Prof. Dr. Jan Katelik: *Chemoterapja nowotworów*. W części pierwszej opisuje autor dotychczasowe chemolecznicze metody i omawia drogi, które odpowiadając naszym dzisiejszym doświadczeniom, zwracają na siebie baczną uwagę. A mianowicie stosowanie soli ciężkich metali, szczególnie ołowia, miedzi (Blair, Bell, Cunnigham, Girard), całej grupy tlenowej, introcydu (jodku ceru) (Levin, Pfeiler) i siarki. W drugiej części omawia przetwory tiosiarczanowe, wprowadzone przez niego do leczenia nowotworów, $Na_2S_2O_3$. Używa je również w połączeniu ze solami dopełniającemi ołowiu i miedzi. Postępuje on następująco: do pierwszego zastrzyku stosuje 2 g czystego tiosiarczanu, po przerwie dwudniowej 4 g. Miesza też tiosiarczan z cukrem gronowym. Odkaża tem ustrój chorego i poprawia jego samopoczucie. Podaje też tiosiarczan z ołowiem (0,5 — 0,01 Pb.) dożylnie w ilości 1 — 2 g. Te dawki znoszą chorzy dobrze nawet i najbardziej wycieńczeni. Po miedzi występuje w 6 — 8 godzin, lekka gorączka chłonna. Przy stosowaniu przetworów tiosiarczanowych poprawia się samopoczucie chorego, zmniejszają się bóle, które i po morfinie nie znikały (Dr. Pumperle), odkaża się ustrój, chory przybiera na wadze, często spostrzegane jest zmniejszanie się nowotworu i zanik przerzutów. Ponieważ leczenie nie kryje w sobie żadnych niebezpieczeństw, powinno się próby lecznicze wykonywać na jak najszerszej podstawie. O trwałości leczenia rozstrzygnie czas.

Nr. 7. 1928 r.

Dr. Salsa Frand: *Operacja Lerichea przy wrzodzie podudzia*. Na klinice skórnej przeprowadzono cały szereg okołotętniczych sympatektomji przy wrzodach podudzia w przypadkach opornych jako „ultimum refugium". Autor opisuje 8 przypadków, operowanych na klinice prof. Kostliwego przed 4 laty bez nawrotów. Reszta przypadków pozostaje pod obserwacją.

Dr. J. Gazarek: *Pleuritis exsudativa, jej leczenie i wyniki osiągnięte przy stosowaniu zastrzyków dożylnych urotropiny.* Na podstawie doświadczeń przedsięwziętych na klinice w Bratysławie twierdzi autor, że zarówno lekarz praktyczny jak i klinicysta w zastrzykach wśródżylnych urotropiny znajdzie dobrą broń nie tylko przy zakażeniach nerek, dróg moczowych i krwi, ale również i przy wysiękowem zapaleniu opłucnej (Loeper, Grosdidier). Podaje się 40% urotropinę, co drugi dzień w dawkach 5—10 cm³ przez okres 14—20-dniowy. Ciepłota spada do normy w przeciągu 10—15 dni, wysięk zmniejsza się szybko. Po podaniu urotropiny, według doświadczeń klinicznych, wysięk nie wraca do poziomu pierwotnego co świadczy o wstrzymaniu chorobowego procesu w opłucnej. Dalszą zaletą jest nieszkodliwość i łatwość zabiegu. Na leczenie urotropiną oddziaływują najlepiej początkowe okresy t. zw. idjopatycznych, wysiękowych zapaleń opłucnej. U chorych z powikłaniami — jak gruźlica płuc, kiła, wyniki są mniej zadawalniające, zawsze jednak osiąga się obniżenie ciepłoty. Na sprawy następowe np. zrosty i pozaciągania leczenie wspomniane, żadnego wpływu nie wywiera.

Ungar (Lwów).

Prakticky lékar.

Nr. 21. 1928 r.

Doc. Dr. Jiri Diviš: *Początek gruźlicy prosówkowej, przebiegającej w postaci poronnego ropniaka podprzeponowego.* Autor opisuje przypadek chłopca 15-letniego, u którego wszystkie objawy przemawiały za ropniakiem podprzeponowym. Operacja przyniosła rozczarowanie. Powierzchnia wątroby i wewnętrzna ściana przepony pokryta była licznymi guzkami zserowaciałymi, umożliwiając już gołem okiem rozpoznanie choroby.

Nr. 19. 1928 r.

As. Dr. Miloslav Hel: *Szycie drutem i uproszczenie doszczętnej operacji przepuklinowej.* Na oddziele autora używa się drutu przy zeszywaniu ścian brzusznych po laparotomjach i przy doszczętnej operacji wolnych przepuklin pachwinowych. Autor uzasadnia używanie drutu następująco: Wyjaławianie jest bezpieczniejsze, drut działa jako metal ponickąd przeciwgnilnie, przeszkadza wytwarzaniu się krwiaków, odpada częste ropienie głębokich szwów miąższowych, ściągnięciem drutu można tamować krwawienie, nie używając zwykłego podwiązywania. Ponieważ drutem zeszywa się mięśnie wraz ze skórą, zapobiega się wytworzeniom jam, w których gromadzące się wydzieliny rany, lub krwiaki mogłyby zropnieć. Drutu używa również Mathon do swej uproszczonej, doszczętnej operacji przepukliny pachwinowej. Następuje szczegółowy opis operacji, którą osiąga się zwężenie całego kanału pachwinowego z równoczesnem wzmocnieniem jego górnej ściany.

Ungar (Lwów).

Časopis lékaru českych.

Nr. 50. 1928 r.

Doc. Dr. Vanysek: *Rak w lecznictwie wewnętrznem.* Emanacja radu wstrzyknięta podskórnie, w odpowiednim roztworze, w okolicy schorzałego narządu, leczy miejscowe zmiany naczyniowo-nerwowe; goi przewlekłe zapalenia i wzmaga swoistą czynność naświetlanych komórek. Inokulacja radu, w ten sposób przeprowadzona upraszcza leczenie całego szeregu chorób wewnętrznych. Rad wstrzykuje się przy następujących chorobach; przy chorobie Basedowa, chorobach nerwu błędnego i współczulnego po bokach karku; przy gruźlicy płuc (bez gorączki) w okolicy jam; przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy na wrzód i jego najbliższą okolicę; przy zapaleniach trzustki i przy cukrzycy na ogon trzustki; przy chorobach, w których staramy się zwiększyć przeciwtrującą i utleniającą czynność n. p. raka, niedokrewności zgubnej, chorobach wątroby, dnie, wstrzykujemy rad podskórnie pod prawy łuk żebrowy, na wątrobę, przy przewlekłem zapaleniu pęcherza na pęcherz moczowy; przy moczniey wstrzykujemy emanację równocześnie na obie nerki; przy zapaleniach śródtętniczych i naczyniowo-nerwowych na kończynach bądź na przedramieniu lub w łydkę. Dawkowanie: Zmieszać stężoną emanację radu np. 5 milicurji w 15 ccm fizjologicznego roztworu soli kuchennej, następnie wstrzykuje się tygodniowo 1,5 ccm w 3 zastrzykach pro cura 8 zastrzyków.

Dr. B. Kadlec: *Ukąszenie żmiji (Działanie jadu żmiji na obraz krwi).* Obraz krwi u chłopca ukąszonego przez żmiję wykazywał w 5 godzin po ukąszeniu prawidłową ilość krwinek (5 680 tysięcy), leukocytozę obojętnochłonną z nieznacznem przesunięciem na lewo. Najwyraźniejsze zmiany były widoczne w ilości płytek. Liczba tychże w 5 godzin po ukąszeniu spadła na 12.500 (okres krwawienia (Duke) mimo znacznej trombopenji przedłużony nieznacznie do 3½ m. Stephana symptom śródbłonkowy (Rumpell-Leeda) ujemny. Po dalszych 5 godzinach ilość płytek wzrosła do 30 000 (metoda Cesaris-Demela). Autor nie zna w literaturze przypadku, w którymby opisaną była trombopenja, powstająca pod wpływem jadu żmiji (wpływ sapotoksynu na szpik kostny).

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of Nervous and Mental Disease.
(An American of Neuropsychiatry).

Nr. 4. 1928 (120 str.).

H. E. Wolff i W. G. Lennox: *Zmiany w oddechaniu po zapaleniu mózgu.* Zmiany w oddechaniu po zapaleniu mózgu występują tak często, że zalicza się je do następstw tego samego zakażenia. Jelitfe opisał cały szereg nieprawidłowości w oddechaniu. Turner i Critchley na podstawie danych teoretycznych i badań własnych (7 przypadków) rozróżniają następujące nieprawidłowości w oddechaniu: 1) nieregularności w oddechaniu w postaci przyspieszonego i zwolnionego oddechu; 2) niemiarowości albo nieregularności rytmu oddechowego (Cheyne-Stokes, we formie postękiwania i głośnego wydechu, odwrotności wdechu i wydechu); 3) „Tic" oddechowy (w postaci ziewania, połykania, kurczowego kaszlu). Autorzy, celem rzucenia więcej światła w istotę tych nieprawidłowości oddechowych, zajmują się bliżej tą sprawą. Opisują trzy przypadki, wykazujące nieregularności w oddechaniu po zapaleniu mózgu. Pierwszy chory dostawał nagłych napadów przyspieszonego oddechu (bez bezdechu), połączonych z drgawkami, występującemi bądź niezależnie, bądź jako następstwa zmian w oddechaniu. Następne oba przypadki wykazywały napady bezdechu ze skurczem mięśni oddechowych, występujące po utracie przytomności i drgawkach. Autorzy sądzą, że drgawki wywoływane doświadczalnie u zwierząt przez ciągły wzrost ciśnienia w klatce piersiowej, przypominają objawy, spostrzeżone w obu ostatnich przypadkach. Kliniczne badania zdają się wskazywać, że stopień natężenia nagłych napadów nieregularności w oddechaniu, podobnie jak i drgawki im towarzyszące, mogą być zależne od zmian w chemicznym składzie krwi.

B. Sachs: *Zapobieganie chorobom umysłowym i nerwowym.* Autor zbiera przyczyny występowania całego szeregu chorób od niemowlęcych lat poczynając; roztrząsa każdą z osobna i podaje sposoby zapobiegawcze.

G. Zilboorg: *Schizophrenia, występująca po porodzie.* Autor przedstawia dwa przypadki schizophrenji, występujące po porodzie. W obu przypadkach napotkał autor typy o „charakterze mściwym" ze „zespołem kastracyjnym", powikłanym „kompleksem Edypa" (Freud). Czynniki te zaznaczone były już dawno przed wybuchem choroby. Poród zdaje się być głównym powodem konfliktu i „agent provocateur" choroby. Kobieta kulturalnie wyżej stojąca jest zdolną przez dłuższy okres czasu opierać się rozbieżności między jej osobowością, a chorobą. Najczęściej ulega chorobie pierwiastka, rzadziej natomiast wieloródka.

J. L. de Courcy: *Wycięcie wola u umysłowo chorych.* Autor podkreśla fakt, że istnienie choroby umysłowej powikłanej z wolem nie tworzy przeciwwskazania do operacji. Raczej wskazaniem jest wycięcie wola w podobnych przypadkach z podwójnych względów, od kiedy w piśmiennictwie opisane są przypadki wyleczenia choroby umysłowej po wycięciu wola. (Berkley, Winslow, Jackson, Brys, Eastman, Weinberg). Autor na podstawie własnego doświadczenia potwierdza ten fakt.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa neurologicznego w New-Jorku. Przegląd bieżącego piśmiennictwa.

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Münchener Medizinische Wochenschrift.

Rocznik 75. Nr. 47. 1928.

Prof. Dr. C. R. Schlayer (Berlin): *Angina pectoris.* Morawitz rozdziela dusznicę sercową prawdziwą, na dusznicę występującą przy pracy i na dusznicę występującą napadowo w spoczynku, przeważnie w nocy, o prognozie niepomyślnej. Autor dowodzi, że oba rodzaje dusznicy sercowej w równej mierze zagrażają życiu. Dobrotliwość przypadku zależy od: a) płci. U kobiet prognoza jest pomyślniejszą, b) wieku. Powyżej 65 lat stan choroby jest mniej niebezpieczny, c) ciśnienia. Ciśnienie niższe budzi więcej obaw, wyjąwszy powikłania z dną, d) pory roku. U niektórych chorych napady występują częściej na wiosnę i w jesieni, e) konstytucji. Typ pyknotyczny narażony jest bardziej, aniżeli typ

asteniczny, f) używania nikotyny. Przy różniczkowem rozpoznaniu prawdziwej dusznicy sercowej wyłączyć musimy w pierwszym rzędzie kiłę. U chorych, poniżej lat 40, radzi autor, nawet przy braku klinicznyh i serologicznych objawów kiły, przeprowadzić intenzywne leczenie przeciwkiłowe. W praktyce odróżnia prof. Schlayer następujące 4 obrazy kliniczne, przypominające swymi objawami dusznicę sercową: 1) „Neurosis vasomotorica" młodych kobiet. Przyczyną napadu jest moment psychiczny. 2) „Vasoneurosis climacterica" (leczy najpewniej „hormonum femininum"). 3) Napady u palaczy tytoniu. 4) Niekiedy występują napady u osobników młodych o miękkiej, wrażliwej naturze (najczęściej blondynów). (Warunkiem: dysproporcja między wolą a uczuciem). Niekiedy może lekarza w błąd wprowadzić grupa objawów „gastrokardjalnych" Römhelda. (Wzdęcie żołądka, wytłoczenie lewej strony przepony i serca). Niektórzy nazywają objawy, wywołane odruchowo chorobą narzadu drugiego, „diathesis anginosa". Niekiedy pod postacią dusznicy sercowej przebiegają choroby inne np. głęboko ukryty kamień nerkowy, skurczowy, niemacalny woreczek żółciowy. Lichtwitz uznaje t. zw. „alergję" pokarmową. Po spożyciu pewnych pokarmów występują objawy dusznicy sercowej.

Prof. Dr. H. Cramer (Bonn): *Zmiany psychiczne po odurzeniu wziewnem.* Na podstawie doświadczeń, zaczerpniętych u 10.000 narkotyzowanych chorych, po odurzeniu wziewnem występują następujące objawy: 1) pierwotna, dłużej trwająca utrata przytomności. 2) nadmierna pobudliwość, 3) przygnębienie, 4) osłabienie pamięci, 5) w niektórych przypadkach psychoza. Na te zmiany należy zwrócić baczniejszą uwagę. Ponieważ narkotyk wydziela się z ciała ta samą drogą, jaką dostaje się do ustroju, doradzal Witzel głębokie oddychanie w pierwszych dniach po operacji. Najpewniejszym środkiem, podrażniającym ośrodek oddychania w rdzeniu przedłużonym jest wdychiwanie dwutlenku węgla. Tym środkiem osiągniemy radykalną ekshalację odurzających gazów. Niektóre kliniki podawają do wdychiwania CO_2 tuż po ukończeniu zabiegu chirurgicznego.

Dr. R. Pirke (Monachjum): *Leczenie dermatozy wyciągiem śledziony.* Wyciąg śledziony nie tylko zmniejsza nadmiar eozynofilów we krwi lecz również leczy dermatozy, idące w parze z leukocytozą eozynofilją i swędzeniem. Używany jest przetwór „Nodunon" (Serumwerke, Saksonja). Podaje się go doustnie lub w zastrzykach domięśniowych. Polepszenie widoczne jest po 6—8 zastrzykach.

Prof. Dr. E. Haim: *Leczenie przerostu stercza.* Przy dobrym całkowitym stanie i prawidłowej czynności nerek używa autor kroczową pozamięśniową metodę. W przypadkach upośledzonej czynności nerek podwiązuje naczynia, zakłada trwały kateter, przepłukiwuje codziennie pęcherz a gdy praca nerek się polepsza, wyłuszcza stercz metodą pozamięśniową.

As. Dr. H. Bör (Monachjum): *„Arthropathia psoriatica" leczona wapniem.* Wapń firmy Sandoz (Norymbergja) okazał się świetnym środkiem leczniczym przy zapaleniach stawów na tle łuszczycy Podaje się wapń co drugi dzień dożylnie i domięśniowo 5—10 ccm. Celem uniknięcia nawrotów poleca się przez dłuższy okres czasu zażywać wapń doustnie (20—30 g tygodniowo).

Dr. Ungar (Lwów).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdania z posiedzeń Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego za czas od 18. IX. do 18. XI. 1928 r.

I. Na posiedzeniu w dniu 18. IX. kol. J. Arnsztajn wygłosił referat: *„O nerwicach serca".*

II. Posiedzenie dnia 4. X. 1928.

Dr. W. Drożdż i J. Morozowa: *„Badania nad zawartością żelaza w ścianach naczyń mózgowych u psychicznie chorych"* — doniesienie tymczasowe. Dr. Drożdż referuje dotychczasowe wyniki badań prowadzonych od 2 lat w lubelskiej Pracowni Anatomo-Patologicznej. Materjał zbadany obejmuje 32 przypadki rozmaitych schorzeń, wśród których pierwsze miejsca zajmują: schisophrenia (10 przyp.) i bezwład postępujący (9 przyp.). We wszystkich przypadkach wykonano całkowitą sekcję — badania zawartości żelaza w ścianach naczyń mózgowych przeprowadzano za pomocą reakcji barwnej z siarczkiem amonu. Wyniki badań różnią się od opisanych w r. 1926 w „Revue neurologique" badań Tretiakoffa i Caesar'a. Autorowie ci otrzymywali we wszystkich przypadkach schorzeń psychicznych rozlane zabarwienie kory, o zmiennem natężeniu, którego w badaniach Lub. Prac. Anat. Patol. nie obserwowano ani razu — natomiast w przypadkach bezwładu postępującego wyniki są częściowo zgodne: badanie wykazuje zawsze, jakkolwiek w różnej ilości, ziarnistości leżące w ścianach naczyń kory mózgowej i jąder podstawowych lub też około naczyń, śródkomórkowe, barwiące się pod wpływem siarczku amonu. Kol. Morozowa podaje następnie technikę badania mikroskopowego i szczegółowe wyniki badania w poszczególnych przypadkach. — Po referacie nastąpiła dyskusja.

W dalszym ciągu posiedzenia Dr. M. Garbaczewski składa sprawozdanie z I Zjazdu Lekarzy i Działaczy samorządowych szpitalnych, który odbył się w Łodzi dnia 17. VI. b. r., a następnie porusza sprawę rozmieszczenia oddziałów zakaźnych szpitali lubelskich w obrębie miasta, wykazując złe strony rozmieszczenia tych oddziałów w gęsto zamieszkałych dzielnicach miasta. W dyskusji omawiano projekty rozbudowy poszczególnych szpitali, oraz sprawę zamierzonej budowy centralnego szpitala na jednem z dalszych przedmieść (Czechowie). W wyniku dyskusji uchwalono wniosek Dra Kujawskiego, że Lub. Two Lekarskie zastrzega sobie prawo wyrażenia swej opinji na wypadek zamiarów rozbudowy któregokolwiek z istniejących w mieście szpitali.

III. Posiedzenie w dniu 18. X. 1928 r.

1. Przewodniczący Dr. Drożdż poświęca krótkie przemówienie wspomnieniu zasług zmarłego niedawno członka honorowego Twa, ś. p. Dra Józefa Pollaka.

2) Demonstracje chorych: Dr. Drożdż i Dr. Brzozowski przedstawiają dwa przypadki bezwładu postępującego, leczone zimnicą. U pierwszego chorego, lat 30, rozpoczęto leczenie w kilka miesięcy po wystąpieniu pierwszych objawów. Chory przebył 13 ataków, poczem otrzymał chininę i neosalwarsan. Obecnie od 4 tygodni pracuje normalnie w swym zawodzie (jako krawiec), nie zdradzając żadnych objawów zaburzeń psychicznych. U drugiego chorego, l. 54, leczenie rozpoczęte w 2 lata po wystąpieniu objawów bezwładu postęp. nie dało już tak dobrych wyników: wprawdzie ostre objawy ustąpiły, jednak chory nadal orjentuje się bardzo słabo co do czasu i miejsca.

3) Kol. J. Freytag wygłasza referat p. t.: *„Przewód pokarmowy w patologji wczesnego dzieciństwa".*

Streściwszy zarys historyczny prac autorów francuskich i niemieckich nad symptomatologją i systematyką chorób przewodu pokarmowego, zmierzających do oparcia klasyfikacji na spostrzeżeniach anatomo-patologicznych i na danych bakterjologicznych, prelegent przechodzi do prac Czerny'ego i Finkelsteina, które są momentem przełomowym w rozwoju patologji przewodu pokarmowego, gdyż punktem wyjścia ich jest konstytucja. Po omówieniu pojęcia „Konstytucja dziecka", prelegent przytacza podział schorzeń według Finkelsteina, oraz omawia pokrótce kliniczne objawy zachwiania dobrostanu dziecka, niestrawności, wyniszczenia, zatrucia, oraz zaburzeń, powstałych na tle infekcji parenteralnej. Następnie przechodzi do przedstawienia tych schorzeń w ujęciu Langsteina, przytaczając jego podział na dystrofie i schorzenia biegunkowe, dalej omawia jednostki chorobowe, opisane przez tegoż autora, jak colica mucosa i eozynofilne kryzy jelitowe, oraz wspomina o infantylizmie Heubner-Nerta, poczem przechodzi do ogólnego scharakteryzowania obecnego stanu terapji powyższych chorób.

Posiedzenie w dniu 5. XI. 1928 r. odbyte w Szpitalu żyd.

1) Demonstracje preparatów: Dr. Prussak przedstawia preparaty operacyjne: 1) macica amputowana z powodu pęknięcia w czasie porodu. Chora była wieloródką, przebyła kilka porodów ciężkich, w tem jeden kleszczowy. Do szpitala przybyła skrwawiona, bez tętna i bólów, macica była mała, płód znajdował się w jamie brzusznej. Przy zabiegu znaleziono pęknięcie w tylnem sklepieniu, chora po kilku godzinach zmarła. Pęknięcie macicy musiało nastąpić wskutek tego, że brzuch zwisający utrudniał wejście płodu do miednicy małej; 2-gi preparat: graviditas tubaria rupta z zachowanem jajem płodowem; 3) cystis dermoidalis. Chora przybyła skrwawiona, w jamie brzusznej wyczuwało się guz. Przy zabiegu znaleziono guz, który uległ skręceniu wraz z jajowodem. Źródłem znacznego krwotoku był jajowód. Chora wyzdrowiała.

2) Demonstracje chorych: Dr. Cynberg przedstawia chorą, która przybyła do szpitala w stanie ciężkiego zakażenia połogowego z objawami zajęcia wsierdzia. Choroba rozpoczęła się przed 3 miesiącami w dwa tygodnie po porodzie. Na podstawie szeregu objawów można było przypuszczać że chodzi tu o endocarditis lenta, badanie bakterjologiczne wykazało jednak we krwi obecność pneumokoków.

Kol. Spiro przedstawia chorego, który przybył do szpitala z raną ciętą okolicy stawu nadgarstkowego ręki, przecinającą

ścięgna m. extensoris digitorum communis i m. extensoris carpi radialis. W ranie z trudem odszukano proximalne końce ścięgien, ścięgna zeszyto sposobem Langego, nerwy zeszyto perineuralnie. Obecnie rana zagojona, ruchy ręki i palców odzyskane w zupełności.

W dalszym ciągu posiedzenia omawiano przedstawiony przez Dra Cynberga naczelnego lekarza Szp. żydowskiego, projekt rozbudowy tegoż szpitala, wreszcie Dr. Jaczewski opisuje przebieg leczenia przypadków tocznia z rozległemi zmianami na kończynie górnej, a w drugim przypadku na kończynie dolnej, oraz przypadek erythema Bazin — we wszystkich trzech przypadkach zastosowanie tranu z jodyną w injekcjach oraz miejscowo, w postaci pędzlowania, dało b. dobre wyniki. Nakoniec Dr. Jaczewski zwraca się do kolegów z apelem, aby ograniczali zapisywanie specyfików zagranicznych do tych, które nie dadzą się zastąpić krajowemi.

Posiedzenie w dniu 19. XI. 1928 r.

W posiedzeniu tem wzięli udział goście Pp. mag. farm. inspektor Nartowski i członek zarządu Pol. Powsz. Twa Farmaceutycznego Tomaszewski.

Przewodniczący Dr. Drożdż udziela głosu p. insp. Nartowskiemu, który w przemówieniu swem podkreśla znaczenie wzmagającego się wciąż importu środków leczniczych zagranicznych dla ujemnego stanu bilansu handlowego naszego państwa, oraz wskazuje na trudność zwalczania nielegalnego przywozu tych środków, które nie są zarejestrowane, a jednak znajdują zbyt wskutek zapisywania ich przez lekarzy, wreszcie zwraca się do lekarzy z prośbą, aby nie zapisywali specyfików niezarejestrowanych, a stosowanie leków sprowadzanych legalnie ograniczali tylko do przypadków koniecznej potrzeby. Następnie podnosi dodatnie strony leków zapisywanych w formie recepturowej, które są tańsze, świeższe i dostępniejsze dla kontroli, niż specyfiki. — W tym samym duchu przemawia następnie p. Tomaszewski, który prosi ponadto o niezapisywanie gotowych mięszanek specjalnych firm, gdyż apteki nie mogą mieć na składzie podobnych wyrobów kilkudziesięciu fabryk, natomiast trzymają stale gotowe mięszanki przygotowane według przepisu P. P. T. F., których wykaz przedstawia obecnym. Po dyskusji uchwalono na wniosek Dra Drożdża nie zapisywać specyfików niezarejestrowanych, a stosowanie importowanych legalnie ograniczyć tylko do przypadków koniecznej potrzeby. Uchwalono również, na wniosek Dra Kujawskiego zwrócić się do Lub. Izby Lekarskiej z prośbą o rozszerzenie tej akcji na całym terenie działalności Izby, tj. w województwach lubelskiem, wołyńskiem i poleskiem, oraz zamieścić wzmianki o powyższej uchwale w miejscowej prasie codziennej.

Następnie kol. Bronsztajn referuje przypadek przesunięcia gałki ocznej ku górze i ku przodowi na skutek zmian w jamie Highmora, w której na podstawie rentgenogramów przypuszczać można istnienie nowotworu lub mucocele. W dyskusji Dr. Drożdż zaznacza, że w przypadkach zajęcia jam twarzowych należy zwracać uwagę na nerw wzrokowy, w którym mogą wystąpić zmiany wtórne.

Sekretarz *J. Morozowa.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Juljan Wimut.

Dnia 22 października 1928 r. zmarł w Warszawie na Nowem Brudnie, po długiej i ciężkiej chorobie dr. Juljan Wimut. Zmarły urodził się 24 grudnia 1848 r. w Żytomierzu na Wołyniu, jako syn emigranta powstańca 1831 roku. Po ukończeniu wydziału przyrodniczego na Uniwersytecie charkowskim i lekarskiego w Kijowie, ś. p. dr. J. W. w ciągu pięciu lat był lekarzem rządowym we wschodnich okręgach Rosji azjatyckiej, gdzie pewien czas pracował razem z naszym słynnym przyrodnikiem profesorem dr. B. Dybowskim, dla którego zbierał kolekcje przyrodnicze. Po powrocie z Dalekiego Wschodu, przez 25 lat pracował jako lekarz w Chersońskiem ziemstwie. Dopiero w 1911 roku ziściły się Jego marzenia i ś. p. dr. J. Wimut powrócił do kraju, gdzie pracował prawie do ostatnich dni. Po organizacji warszawskiej Kasy chorych, zajmował pewien czas stanowisko naczelnego lekarza dzielnicy Nowe-Brudno, ostatnie zaś lata zajmował się wyłącznie prywatną praktyką wśród najuboższej ludności tego przedmieścia. Zmarły do ostatniej chwili zachował żywość umysłu, oraz gorąco interesował się życiem społecznem i politycznem kraju.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Z Polskiego Tow. Eugenicznego. Polskie Towarzystwo Eugeniczne (Sekcja walki ze zwyrodnieniem rasy i chorobami wenerycznemi) urządza wykłady dla lekarzy z dziedziny: „Syfilis a dziecko".

Wykłady odbędą się w czasie od dnia 18 do 28 lutego r. b. i program ich jest następujący:

1) Prof. Dr. Krzyształowicz: „Zagadnienia przenoszenia kiły na potomstwo w rozwoju historycznym i w świetle najnowszych badań". — 2) Prof. Dr. A. Czyżewicz: „Ciąża i poród a zakażenie kiłowe". — 3) Dr. R. Bernhardt: „Kiła wrodzona skóry i błon śluzowych". — 4) Prof. Dr. M. Michałowicz: „Kiła wrodzona narządów wewnętrznych u dzieci". — 5) Prof. Dr. Orłowski: „Gruczoły dokrewne a kiła wrodzona". — 6) Prof. Dr. J. Mazurkiewicz: „Schorzenia układu nerwowego w kile wrodzonej". — 7) Doc. Dr. Melanowski: „Schorzenia narządu wzroku w kile wrodzonej". — 8) Dr. Grocholski: „Schorzenia narządu słuchu w kile wrodzonej". 9) Dyr. Dr. Wł. Jarecki: „Zaburzenia mowy i słuchu w kile wrodzonej". — 10) Doc. Dr. Łapiński: „Schorzenia kości i stawów w kile wrodzonej". — 11) Prof. Meisner: „Zniekształcenie zębów w kile wrodzonej". — 12) Dr. A. Straszyński: „Serologja kiły wrodzonej". — 13) Dr. T. Trzciński: „Przebieg i rokowanie w kile wrodzonej". — 14) Dr. L. Wernic: „Leczenie kiły wrodzonej". — 15) Dr. Z. Zakrzewski: „Opieka nad dzieckiem i matką kiłową u nas i zagranicą". — 16) Dr. L. Wernic: „Ruch eugeniczny a walka z kiłą wrodzoną".

Informacyj udziela Kancelarja Kursów w godz. 1—2, Nowy Świat Nr. 1, m. 5, tel. 89-99.

Ze świata.

Jubileusz 100 letniej rocznicy urodzin ś. p. Teodora Billrotha. W dniu 26 kwietnia 1929 roku przypada stuletnia rocznica urodzin ś. p. Teodora Billrotha, tego wielkiego człowieka, uczonego i myśliciela, którego szerokie kręgi ogarniający, niezmiernie czynny i płodny umysł wywierał wybitny wpływ na wszystkie niemal gałęzie wiedzy i sztuki lekarskiej w drugiej połowie XIX wieku.

Dla uczczenia pamięci ś. p. Teodora Billrotha, zawiązał się Komitet, na którego czele stoją: Wiedeńska Akademja Umiejętności, Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego i Towarzystwo Lekarskie Wiedeńskie.

Kurs dokształcający dla lekarzy we Wiedniu. Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego urządza w czasie od 18 lutego do 2 marca b. r. kurs dokształcający dla lekarzy z zakresu chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji, połączony z jednotygodniowem seminarjum, trwającem od 4 do 9 marca b. r. Wszelkich wyjaśnień tyczących się tego kursu udziela Sekretarz: Dr. A. Kronfeld, Wien, IX, Porzellangasse Nr. 22.

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonej w numerze 3-cim „Polskiej Gazety Lekarskiej" z dnia 20 stycznia 1929 r., na stronie 45-tej pracy Doc. Dr. N. Gąsiorowskiego i H. Meisla p. t.: „Dalsze badania nad biologją pałeczek okrężkowych" w szpalcie drugiej, ustęp piąty od góry, oznaczony cyfrą 2), w wierszu trzecim między słowami „rozcieńczenie" i „powyżej" opuszczono następujące zdanie:

„1/25, odczyn zaś zlepny dopiero od rozcieńczenia powyżej 1/400".

Wobec tego ustęp ten ma brzmieć następująco:

2) „Wobec wyników z surowicami kontrolnemi, jako swoisty można przyjąć odczyn wiązania dopełniacza poczawszy od rozcieńczenia 1/25, odczyn zaś zlepny dopiero od rozcieńczenia powyżej 1/400".

Redakcja otrzymała.

S. Sterling-Okuniewski: „Ueber gewisse Tuberculoseformen und Beziehungen zum filtierbaren Virus". Odb. z „Wiener Klin. Wochenschrieft", 1928, Nr. 33.

S. Sterling-Okuniewski: „O samoistnem rozszerzeniu przełyku". Odb. z „Gastrologji Polskiej". Rok I, Nr. 2.

S. Sterling-Okuniewski: „Znaczenie zarazka gruźliczego przesączalnego dla ftizjologji". Odb. z „Lekarza Wojskowego". Nr. 2—3, tom XII, 1928 r.

St. Progulski: Jak pielęgnować i odżywiać niemowlę. Bibljoteczka higjeniczna powszechna Pol. Tow. higjenicznego we Lwowie, zeszyt 3. Lwów. Książnica-Atlas 1929.